



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Trabalho de Projecto

Álcool e tabaco nos militares em Forças Nacionais Destacadas

Discente:

Luis Pereira

Orientadores:

Professor Doutor João Prista

Doutora Teresa Maia

Co-Orientadora:

Professora Doutora Cristina Ribeiro

**Lisboa
2012**



Luis Miguel Simão Pereira

XII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Área de Especialização de Promoção e Protecção da Saúde

Trabalho de Projecto

Álcool, tabaco e stress nos militares em Forças Nacionais Destacadas

Orientadores:

Professor Doutor João Prista

Doutora Teresa Maia

Co-Orientadora:

Professora Doutora Cristina Ribeiro

LISBOA

2012

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

XII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Área de Especialização de Promoção e Protecção da Saúde

**Álcool e tabaco nos militares em
Forças Nacionais Destacadas**

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Artº 23º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. 60, Série I - A de 2006-03-24.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mulher Bela, pelo contínuo estímulo para dar continuidade ao caminho que em Setembro 2010 iniciei e a persistir perante os mais duros desafios.

Aos meus filhos Mónica e Renato, pelo tempo que privaram da minha companhia.

Aos meus pais pelos valores transmitidos ao longo da minha vida, pelos princípios da humildade, trabalho e dedicação.

Ao meu “mano” Rui pelo exemplo de vida, tenacidade e coragem.

AGRADECIMENTOS

À Doutora Teresa Maia, responsável pela orientação deste Protocolo de Investigação, agradeço a disponibilidade, sabedoria, encorajamento e compreensão demonstrados durante todo o percurso.

À Professora Cristina Ribeiro, co-orientadora deste Protocolo de Investigação, um obrigado muito especial pela total disponibilidade, estímulo constante e o imprescindível apoio na elaboração do trabalho.

À Professora Carla Nunes pela mestria como orientou o desenho do estudo, através de sugestões pertinentes, bem como pela colaboração no que concerne à proposta de tratamento estatístico.

À Dr^a Sofia Amador pela colaboração prestada na pesquisa bibliográfica, a qual se revelou uma ferramenta importantíssima, na arquitectura deste trabalho.

À Dr^a Isabel Andrade pela colaboração na referenciação bibliográfica.

À minha cunhada Lurdes pela paciência com que colaborou nas traduções de múltiplos textos, a minha gratidão e amizade.

Aos directores do CPAE, Coronel Monteiro e actualmente Coronel Cruz, bem como ao Director da UTITA Capitão de Mar e Guerra Nelson Santos pelo apoio incondicional e pela bibliografia facultada.

Ao Exército, pelo patrocínio da bolsa que permitiu a minha frequência neste Mestrado em Saúde Pública.

Os meus agradecimentos vão também para todas as pessoas que ao longo deste trabalho, se cruzaram no meu caminho, que com a sua amizade, a sua disponibilidade e colaboração, contribuíram para que este trabalho se concretizasse.

RESUMO

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a evolução verificada nos últimos anos no consumo de álcool e tabaco e outras substâncias psicoactivas está a aumentar rapidamente e a contribuir de maneira importante para a carga das doenças em todo o mundo. A nível militar e nos elementos destacados para as missões de apoio à paz, é pertinente conhecer e caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco a que estão sujeitos nestes contextos específicos de modo a compreender esta realidade e a sua importância e a poder intervir face às suas consequências. De ainda referir que existe escassez de estudos nesta área em Portugal.

Objectivo

O objectivo deste estudo consiste em caracterizar os padrões de consumo de álcool e de tabaco dos militares das Forças Nacionais Destacadas, em missão de apoio à paz, no pré-deslocamento ainda em Portugal, no deslocamento em Teatro de Operações e no pós-deslocamento em território nacional.

Metodologia

Apresenta-se o delineamento do estudo e o tipo de estudo que é longitudinal e analítico, a metodologia utilizada, bem como, as hipóteses colocadas, consolidadas na revisão de literatura efectuada previamente; faz-se a caracterização das variáveis sócio demográficas e instrumentais utilizadas. São definidos os critérios de inclusão e exclusão assim como aspectos éticos necessários. Definem-se ainda os testes estatísticos considerados apropriados para este tipo de estudo.

Simulação de resultados, discussão e conclusões

Faz-se uma simulação do modo de apresentação dos resultados de acordo com os objectivos e hipóteses traçados tendo em conta a aplicação estatística considerada mais conveniente.

Quanto ao ponto de discussão e conclusões dever-se-á após a realização do estudo comparar os resultados obtidos com os resultados de outros estudos análogos e no mesmo âmbito e tecer algumas considerações pertinentes sobre os mesmos. Assim seria importante sugerir novas orientações para outros estudos tendo em conta os

resultados mais significativos que possam ser apurados e ainda ser reflectido e até apontado algumas respostas em termos de intervenção neste contexto.

Palavras Chave: Álcool; Tabaco; Militares; Deslocamento.

ABSTRACT

Introduction

According to WHO, the consumption of alcohol, tobacco and other psychoactive substances entails considerable burden of disease as measured in disability adjusted life years. A large part of the substance-attributable burden would be avoided if effective interventions were implemented in several contexts. At Military level it is important to know the patterns of alcohol and tobacco consumption related with Military operations and understand the importance of these matters to prevent any consequences at individual, social and institutional military level. There are few studies at national level and it is necessary to have a better knowledge of this reality.

Objectives

The main objective of this study is to identify patterns of alcohol and tobacco consumption at Military Forces before, during and after Military deployment in this specific population.

Methodology

The design and the type of the study were presented. The definitions of variables and the inclusion and exclusion criteria were also presented. The ethical aspects were considered. The statistical tests were described.

Simulation of Results, Discussion and Conclusions

A simulation of the results according to the objectives and hypotheses were presented using the adequate statistical support.

Concerning discussion and conclusions, the results of the study should be compared with other similar studies at national and international level. If some significant results were obtained then new studies should be suggested to understand other related aspects. Depending on the results obtained reflection should be done to address some specific interventions to solve some of the identified problems.

Key Words: Alcohol; Tobacco; Military; Deployment.

LISTA DE ABREVIATURAS

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE – Chronic Alcoholism General Evaluation

CPAE – Centro de Psicologia Aplicada do Exército

CRAN – Centro Regional de Alcoologia do Norte

DALY – Disability Adjusted Life Years

DGS – Direcção Geral de Saúde

DGV – Direcção Geral de Viação

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

HCBAP – Hábitos Consumo Bebidas Alcoólicas em Portugal

INCSPPP – Inquérito Nacional de Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo Jorge

NIDA – National Institute on Drug Abuse

OAP – Operações de Apoio à Paz

OMS – Organização Mundial de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PPCDAFA – Plano de Prevenção e Combate à Droga e Alcoolismo nas Forças Armadas

PSO – Operações de Apoio à Paz

TAS – Taxa de Álcool no Sangue

UTITA – Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo

WHO – World Health Organization

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição numérica e percentual dos militares participantes

no estudo de acordo com o género 90

Gráfico 2 – Distribuição numérica dos militares no estudo, de acordo com

a idade..... 91

Gráfico 3 – Distribuição numérica dos militares que consomem bebidas

alcoólicas, participantes no estudo, de acordo com o questionário AUDIT 93

Gráfico 4 – Distribuição numérica do consumo de tabaco, de acordo com

os militares em estudo, nos momentos T1,T2,T3. 94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva da variável – idade dos militares participantes	
no estudo.	91
Tabela 2 – Estatística descritiva da variável – consumo de álcool dos	
militares participantes no estudo nos 3 tempos em análise.....	92
Tabela 3 – Estatística descritiva da variável – consumo de tabaco dos	
militares participantes no estudo.	94
Tabela 4 – Correlação entre variáveis.	95
Tabela 5 – Análises emparelhadas, medições sobre as mesmas pessoas em	
tempos distintos.	96

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
LISTA DE GRÁFICOS	X
LISTA DE TABELAS	XI
ÍNDICE	XII
INTRODUÇÃO	01
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / REVISÃO DA LITERATURA	
1 – <u>O CONSUMO DE ÁLCOOL NO MUNDO, NA EUROPA E EM PORTUGAL</u>	03
1.1 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL	05
1.1.1 – <u>Consumo per capita</u>	08
1.1.2 – <u>Inquéritos nacionais de saúde</u>	09
1.2 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM MEIO LABORAL	11
1.3 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM DESLOCAMENTOS MILITARES	12
1.4 – CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL	15

2 – <u>CONSUMO DE TABACO NO MUNDO, NA EUROPA E EM PORTUGAL</u>	21
2.1 – CONSUMO DE TABACO EM PORTUGAL	22
2.2 – CONSUMO DE TABACO EM DESLOCAMENTOS MILITARES	25
2.3 – CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO	27
3 – <u>PRETINÊNCIA DO ESTUDO</u>	30
PARTE II – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO	
4 – <u>PLANEAMENTO E PREPARAÇÃO DO ESTUDO</u>	32
4.1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	32
5 – <u>OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO</u>	34
5.1 – OBJECTIVO GERAL	34
5.2 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	34
5.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	34
6 – <u>METODOLOGIA</u>	36
6.1 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DO ESTUDO	36
6.2 – POPULAÇÃO / AMOSTRA	37
6.3 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	38
6.4 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	39
6.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
6.6 - PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	50

7 – <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	52
8 – <u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</u>	54
9 – <u>NOVAS LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA TRABALHOS FUTUROS</u>	55
10 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	56
<u>ANEXOS</u>	70
ANEXO I - (Mecanismos relacionando o consumo de substâncias	
psicoactivas a problemas de saúde e sociais).....	71
ANEXO II – (Cronograma de Actividades)	73
ANEXO III – (Fluxograma)	75
ANEXO IV – (Plano Orçamental do Estudo de Investigação)	77
ANEXO V – (Instrumentos de Avaliação)	79
ANEXO VI – (Operacionalização das variáveis)	86
ANEXO VII – (Simulação de resultados)	89
ANEXO VIII – (Pedido de autorização para realização do estudo)	97
ANEXO IX – (Consentimento informado)	100

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa e tem como tema: o consumo de álcool e de tabaco nos militares em Forças Nacionais Destacadas.

Os Problemas Ligados ao consumo de álcool constituem uma das áreas fundamentais em termos de Saúde Pública no nosso país. A situação do álcool em Portugal deve ser analisada tendo em conta as dimensões relacionadas com o consumo e os problemas a ele associados, nomeadamente, os que decorrem do consumo excessivo e prolongado que atingem não só o bebedor mas também a família e a comunidade em geral. O conhecimento da realidade portuguesa será fundamental para uma reflexão séria e profunda e para a tomada de decisão acerca de medidas estratégicas e linhas de acção específicas de prevenção, controlo e tratamento deste problema de Saúde Pública.

Muitos factores podem contribuir para o desenvolvimento dos problemas relacionados com o álcool, nomeadamente, o desconhecimento dos limites aceitáveis quando se consome e dos riscos associados ao consumo excessivo, bem como da dose, da frequência e das circunstâncias, podendo provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. O consumo inadequado do álcool, especialmente nas sociedades ocidentais, acarreta altos custos para a própria sociedade e envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares.

Segundo a WHO (2004), o consumo de álcool e tabaco, substâncias psicoactivas regulamentadas, está a aumentar rapidamente contribuindo de maneira relevante para a carga das doenças em todo o mundo. O tabagismo está também em crescimento em países em desenvolvimento, com maior relevância nas mulheres. Segundo as estatísticas, verificam-se consumos de 50% nos homens e 9% nas mulheres em comparação com 35% nos homens e 22% nas mulheres em países desenvolvidos. Relativamente ao álcool, o seu consumo declinou nos últimos 20 anos em países desenvolvidos, mas está aumentando em países em desenvolvimento.

A selecção e a abordagem do tema está relacionada com os contactos frequentes que mantemos com elementos militares destacados para as missões de apoio à paz, que desencadeiam imensos problemas e fazem com que muitos enveredem pelo consumo de álcool e de tabaco por um lado e, por outro, o gosto em desenvolver esta temática devido à escassez de estudos nesta área em Portugal.

Este trabalho constitui uma revisão da literatura sobre a temática em estudo, e uma proposta de protocolo de investigação a implementar posteriormente.

A finalidade do estudo consiste na caracterização dos padrões de consumo de álcool e de tabaco nos militares das Forças Nacionais Destacadas, em missão de apoio à paz, no pré-deslocamento, ainda em Portugal, no deslocamento em Teatro de Operações e no pós-deslocamento em território nacional, quando de regresso da missão.

O trabalho que se apresenta está organizado em duas partes. A primeira parte consiste numa revisão de literatura que inclui dois capítulos, dos quais, um é destinado ao enquadramento teórico do álcool e o segundo do tabaco. A segunda parte é um protocolo de investigação com três capítulos. Após uma apresentação do estudo e da abordagem metodológica, com o tipo de estudo, e o seu desenho, são colocadas as hipóteses de investigação, consolidadas na revisão de literatura efectuada previamente. Nos últimos capítulos são referidas as considerações finais do estudo, as suas limitações e as linhas de orientação para estudos futuros.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/REVISÃO

1 - O CONSUMO DE ÁLCOOL NO MUNDO, NA EUROPA E EM PORTUGAL

Historicamente a dependência do álcool e de outras drogas foi considerada um “pecado”, expressa por actos e comportamentos pecaminosos, resultante de caminhos imorais, evoluindo posteriormente para uma doença (Thombs, 1994).

O uso de substâncias alcoólicas e as suas implicações, quer a nível da saúde individual e colectiva, quer a nível social constituem um desafio complexo e multidimensional no âmbito da saúde pública. A interação entre o indivíduo e o ambiente, bem como as características da própria substância utilizada por um determinado indivíduo num contexto específico, implicam que todas estas dimensões sejam valorizadas (Nowlis, 1981).

Na perspectiva de Gonçalves (2008) o enfoque no controlo do consumo de substâncias alcoólicas tem os seus maiores defensores nas facções religiosas, em grupos de indivíduos que foram vítimas de alcoólicos ou toxicodependentes e nos grupos políticos conservadores que em campanhas eleitorais, incorporam nos seus discursos promessas de medidas pesadas para a posse e distribuição de drogas ilícitas.

A razão de uma substância psicoactiva poder ser classificada como lícita ou ilícita está relacionada com aspectos históricos, económicos, morais e culturais que a sociedade define para lidar com cada substância em particular, de forma a que o seu uso e as suas implicações se mantenham controladas em termos sociais (Cunha Filho; Ferreira-Borges, 2008).

De acordo com o *Global status report on alcohol and health* (OMS, 2011) estima-se que existam cerca de 2 biliões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões com transtornos diagnosticáveis devido ao uso do álcool. Numa perspectiva de saúde pública, a carga global relacionada com o consumo de álcool, em termos de morbilidade e mortalidade, é considerável em muitas partes do mundo.

O álcool provoca anualmente 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY¹) em todo o mundo (OMS, 2005).

O consumo de álcool é o principal factor de risco para uma maior incidência de doenças e maior mortalidade em países em desenvolvimento e o terceiro maior factor de risco em países desenvolvidos. Só na Europa o consumo de álcool foi responsável por mais de 55.000 mortes entre os jovens dos 15-29 anos em 1999 (WHO, 2011).

Segundo Anderson e Baumberg (2006), na comunidade Europeia o consumo nocivo e perigoso de álcool é o terceiro maior factor de risco para a saúde, responsável por 195,000 mortes em cada ano tendo em conta 12 % de elementos masculinos e 2 % de elementos femininos por morte prematura. O custo económico estimado na Europa é de 125 biliões por ano em 2003, o que equivale a 1.3% do Produto Interno Bruto na Europa. Actualmente são gastos €22 biliões na saúde com problemas relacionados com o álcool e €24 biliões em problemas relacionados com o crime, num total de €66 biliões; enquanto a baixa produtividade associada ao álcool e relacionada com o absentismo, desemprego e morte prematura, tem um custo que ronda os €59 biliões (WHO 2010).

Na perspectiva de Gomes (2010), citando os determinantes da saúde da União Europeia 2000, “Nas últimas três décadas do século passado prestou-se atenção, não só aos grandes consumidores mas também aos vários níveis de consumo de bebida, à distribuição do consumo na população total e às consequências sociais e mentais do abuso do álcool. O nível e os padrões de consumo, assim como o controlo da acessibilidade ao álcool são vistos como um problema de saúde pública. O álcool é um dos mais importantes determinantes da Saúde da União Europeia sendo assim o momento apropriado para aprofundar a discussão sobre a promoção da saúde e prevenção da doença, devendo a prevenção do alcoolismo e o seu

¹ Os DALY (Disability Adjusted Life Years Lost) são uma medida comum de avaliação da carga da doença. Esta medida associa mortalidade em termos de anos perdidos (YLL – Years of Live Lost) por morte prematura com morbilidade em termos de anos de vida vividos com incapacidade (YLD – Years of Live in Disability) e mede a severidade da doença e a sua duração (OMS, 2005).

tratamento ser vistos na perspectiva da igualdade social e económica tanto a nível nacional como Europeu”.

1.1 - CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL

Os Problemas Ligados ao consumo de Álcool constituem uma das áreas importantes de Saúde Pública no nosso país. A situação do Álcool em Portugal deve ser analisada tendo em conta as dimensões relacionadas com consumos de álcool e problemas associados, nomeadamente, consequências originadas pelo consumo excessivo e prolongado do álcool que atingem não só o bebedor mas também a família e a comunidade em geral, à semelhança da análise que se efectuou no contexto Europeu. É fundamental ter conhecimento da realidade portuguesa de forma a permitir a reflexão e a tomada de decisão acerca de medidas estratégicas e linhas de acção específicas de prevenção, controlo e tratamento deste problema de Saúde Pública.

Os estudos epidemiológicos realizados até ao momento apresentam o consumo de álcool na população portuguesa como um importante problema de Saúde Pública. O consumo excessivo de álcool representa um elevado impacto na saúde bem como nos elevados custos associados com os cuidados de saúde, segurança e ordem pública, com consequente impacto negativo no desenvolvimento económico e na sociedade. O consumo abusivo de álcool é um importante determinante da saúde e uma das principais causas de morte prematura e evitáveis.

A dimensão, a gravidade dos problemas ligados ao álcool e as repercussões do abuso do álcool são imensas, em particular na saúde do indivíduo. “O abuso do álcool está associado às principais causas de morte, designadamente as doenças cardiovasculares e oncológicas, os acidentes, os suicídios e a cirrose hepática. Estima-se que em Portugal, a mortalidade ligada ao álcool seja a quarta causa de morte” (Breda, 2010).

O consumo de álcool aumentou nas últimas décadas, desde 1950, principalmente nos países em vias de desenvolvimento, em que o consumo de cerveja tem crescido mais do que o vinho ou as bebidas destiladas. Porém, em certos países em que tradicionalmente o consumo de bebidas era mais elevado, tais como França, Itália, Portugal, Espanha e Suíça existe nestes casos, uma tendência para a estabilização nos consumos ou para uma discreta descida.

O consumo de álcool pode ter o seu ponto de partida nos primeiros anos de vida, estando relacionado com a educação e o acompanhamento das crianças e dos jovens, na família, na escola e na sociedade. De acordo com um estudo realizado em Portugal por Sacadura (2002), entre os anos de 1994-1996 com jovens do terceiro ciclo e do ensino secundário, 47% dos estudantes já haviam consumido álcool, sendo a média da idade de iniciação os 13,1 anos.

A partir dos resultados do “*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*” efectuados em 1995, 1999 e 2003, e publicados pelo Instituto de Droga e Toxicodependência, conclui-se que a prevalência de consumo de uma bebida alcoólica ao longo da vida dos jovens inquiridos é de 78% enquanto que a prevalência de consumo nos últimos trinta dias anteriores ao inquérito se situa nos 49%; 3% dos jovens inquiridos revelaram ter tido experiências de embriaguez “20 vezes ou mais ao longo da vida”; 4% referem terem-se embriagado três vezes ou mais nos últimos trinta dias anteriores ao inquérito. Relativamente às idades de início de consumo os dados revelaram que aos 13 anos, 45% dos jovens já haviam experimentado cerveja, 30% haviam experimentado vinho e 28% bebidas espirituosas.

Estima-se que os portugueses bebam cerca de 2,8 milhões de litros de bebidas alcoólicas por dia. Em 2005, cada português com mais de 15 anos bebeu em média 115 litros de álcool. Actualmente, a cerveja é a bebida alcoólica mais consumida em Portugal, seguida do vinho e das bebidas espirituosas. Depois de já ter liderado a lista dos maiores consumidores de bebidas alcoólicas do mundo, Portugal ocupa agora o oitavo lugar, de acordo com a *World Drink Trend* (2005). No entanto, há cada vez mais jovens a abusar do álcool (Balsa *et al.* 2007).

Em Portugal os hábitos de consumo de álcool diferem entre homens e mulheres, sendo os homens, os que consomem mais. No entanto, a idade de início do consumo é cada vez mais precoce e assiste-se ao aumento do consumo nos jovens e nas mulheres².

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade sendo de uma importância crucial na economia nacional (Portugal é um país vitivinícola, ocupando o 6º lugar mundial como país produtor de vinho, o Douro foi a primeira região vitícola do mundo, cujos limites foram demarcados em 1756, sendo possível que Portugal disponha de um número de castas autóctones superior a qualquer outro país, muito acima das duzentas). É fortemente publicitado, fazer parte da nossa tradição cultural e nas embalagens comercializadas não há quaisquer avisos relativamente aos perigos do seu consumo exagerado. Esse é um dos motivos pelo qual ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas.

O padrão *binge drinking*³ é mais comum entre os homens (31%) do que nas mulheres (12%), mas também frequente nas faixas etárias dos 15-24 anos e dos 55 anos e mais, de acordo com dados europeus (Anderson e Baumberg, 2006).

Segundo uma caracterização realizada pelo Centro Regional de Alcoologia do Norte (CRAN) em 2005, o fim da adolescência e os primeiros anos do ensino superior são uma fase de risco, 58% dos jovens entre os 18 e os 24 anos consomem álcool e quase metade destes são raparigas. A faixa dos 15 e 16 anos começa a ser muito problemática, com 2% dos jovens a admitirem que já se embriagaram pelo menos 20 vezes na vida. Um em cada dez destes jovens refere também, que já experienciou o binge drinking pelo menos três vezes no mês anterior.

² Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística. 4º Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006: principais indicadores. Lisboa: INE; 2007.

³ Binge drinking is typically defined as 5 or more drinks for men (4 or more for women) in a two hour period (Binge drinking é tipicamente definido pelo consumo de 5 ou mais bebidas para o homem, 4 ou mais para a mulher, num período de duas horas) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004, p.3.

1.1.1 - Consumo per capita

Em 2003, Portugal ocupava o 8º lugar do consumo mundial com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol per capita, segundo dados do *World Drink Trends* 2005, o que corresponde a 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas.

Países como Portugal e Espanha apresentam elevados níveis de consumo, mas concomitantemente também têm elevadas percentagens de abstinentes, o número de consumidores excessivos é expectante que seja superior do que em países como por exemplo a França, em que o número de abstinentes é menor e, por isso, o consumo de álcool é menos concentrado e mais uniformemente distribuído pela população.

A OMS estima que a percentagem de indivíduos abstinentes em Portugal no ano de 2003 era de 15,5%, correspondendo a 24% das mulheres e 7% dos homens.

O consumo per capita tem vindo a reduzir-se desde os anos 90, em paralelo com as alterações do hábito de beber da população portuguesa. Em relação ao consumo de cerveja, os dados mostram que Portugal ocupa a posição de 23º lugar, com um consumo de 58,7 litros *per capita*, traduzindo-se num forte aumento, isto é registou-se um incremento de 341%, se compararmos o ano 1970 com o ano de 2003. O consumo de bebidas destiladas em Portugal apresenta, em 2003, um consumo de 1,4 litros de álcool puro, registando-se um aumento de quase 3 vezes comparativamente ao valor apresentado em 1973 e um aumento relativamente aos anos transactos. Em matéria de consumos de bebidas destiladas, Portugal ocupa o 32º lugar no *ranking*. No que concerne ao consumo de vinho, Portugal atingiu o 4º lugar mundial com 42 litros *per capita*.

Um aspecto de extrema relevância é a produção não declarada de bebidas alcoólicas, já que contribui de forma importante para a totalidade do álcool disponível, onde se estima que em alguns países possa atingir cerca de 80% de todo o álcool disponível. Na realidade, o consumo de bebidas alcoólicas produzidas de forma artesanal e, por vezes, sem intuítos comerciais ou como forma de fuga aos

impostos constitui um problema em muitos países. Para Breda (2010), de acordo com dados de 2003 da OMS para Portugal, a produção não declarada de álcool era estimada de 1 litro de álcool puro per capita.

Entre os estudos nacionais epidemiológicos podemos destacar os inquéritos nacionais de saúde (1987, 1995/96, 1998/99 e 2005/2006), da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde, os estudos de Aires Gameiro sobre os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas (HCBAP – Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal – 1985, 1991 e 1997) e ainda, mais recentemente, o “Inquérito de Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa” (INCSPPP – 2001).

Todos estes estudos revelam uma prevalência, de consumidores alcoólicos, superior a 60% na população portuguesa, sendo o consumo predominantemente no género masculino e sobretudo nos grupos etários 25-54 anos.

1.1.2 - Inquéritos Nacionais de Saúde

Os inquéritos nacionais de Saúde permitiram estimar o consumo médio diário de etanol em gramas. Num dos últimos INS (Inquérito Nacional de Saúde), o consumo foi estimado em 47,3gr no género masculino e em 17,1gr no feminino.

Até à actualidade realizaram-se 4 Inquéritos Nacionais que datam de 1995/1996 a 2005/2006, por iniciativa do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), através de uma parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE).

Assim, de acordo com os resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em Portugal Continental entre 95 e 99, a percentagem da população que declarou consumir álcool nos últimos doze meses, anteriores ao inquérito, demonstra ter diminuído, nomeadamente no sexo masculino, apesar de nas faixas etárias mais jovens (15-17 anos) e no grupo etário com mais de 75 anos, ter aumentado. Na população feminina verificou-se um ligeiro aumento na última década, influenciado pelas Regiões do Alentejo e do Algarve.

O 4º Inquérito Nacional de Saúde (4º INS) foi realizado em 2005/2006. Alguns dos principais resultados mostram que, no Continente, aumentou o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, de 1998/1999 (50,1%) para 2005/2006 (53,8%). Este aumento tem maior visibilidade no género feminino (37,3% para 42,3%) do que no género masculino (de 64,4% para 66,0%).

Ainda relativamente ao sexo masculino, verifica-se que o consumo de bebidas alcoólicas aumentou de 56,8% para 59,1% e nas mulheres de 32,3% para 36,6% referente aos dois períodos em análise. A ingestão de alguma bebida alcoólica encontra-se com maior proporção no grupo etário dos 45 e os 54 anos com 74,4%. Em 1998/1999, este valor era de 70,2% para o mesmo grupo etário.

Em 2005/06, a percentagem de homens entre os 25 e os 44 anos que afirmou ter consumido alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores foi muito elevada em todas as Regiões: de 77,6% na Região de Lisboa e Vale do Tejo a 87,1% no Alentejo.

No que concerne a faixas etárias onde a prevalência de consumo de álcool é mais elevada verifica-se o predomínio dos grupos etários dos 25-34 anos (64% e 69,8%), dos 35-44 anos (72,3% e 74,4%, respectivamente), dos 45-54 anos (74,4% e 70,5%) na região Continental e dos Açores. Na região Continental observam-se prevalências também elevadas nos grupos etários dos 55-64 anos (70,8%) e 65-74 anos (60,7%).

O 4º INS divulga um aumento do consumo de bebidas alcoólicas para uma prevalência de 53,8% nos últimos doze meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é maior em Portugal Continental do que nas Ilhas. Quanto ao género, há a registar um aumento de 5% na prevalência do consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres e um aumento de 2% na prevalência do consumo dos homens.

O 2º Inquérito de Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa (II INCSPPP) de 2007, realizado pelo Departamento de Investigações Sociológicas da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, abrangeu a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades

compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade (em ambos os casos, inclusive) e contabilizou uma amostra total de 15.000 indivíduos. Entre 2001 e 2007, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, especificamente de 75,6% para 79,1%. A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas no ano anterior, aumentou 4,7% de 2001 para 2007, passando de 65,9% para 70,6%. No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas no último mês, a evolução dos consumos entre 2001 e 2007 mostra que houve um ligeiro aumento de 0,5%, passando de 59,1% para 59,6%.

1.2 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM MEIO LABORAL

O consumo de álcool no período laboral afecta a produtividade diminuindo quer a produção, quer a capacidade de decisão (Moller, Matic 2010). Os acidentes de trabalho são outra consequência do consumo de álcool, sendo que cerca de 40% dos acidentes de trabalho estão relacionados com o consumo de álcool. Ainda como consequência do consumo, existe um maior absentismo e falta de pontualidade ao trabalho. Estes trabalhadores tendem a ser mais conflituosos, com maior aptidão para a violência, provocam um clima de pressão nos colegas, por estes terem de compensar a menor produtividade e diminuir a segurança no trabalho por intoxicação, negligência e diminuição da capacidade de julgamento (OIT 2003).

A Organização Mundial de Saúde (2004) refere que, no campo da segurança, mais de 25% dos acidentes de trabalho e cerca de 60% dos acidentes de trabalho fatais podem estar associados com o álcool. Entre 8 a 14 milhões de dias de trabalho são perdidos anualmente, por problemas relacionados com o álcool.

A Comissão Europeia (*European Commission*, 2006) identificou como área de intervenção prioritária a prevenção dos efeitos nocivos do álcool nos adultos e a redução das repercussões negativas no local de trabalho. Os efeitos nocivos do álcool constituem um grave problema de saúde na UE (União Europeia), sendo responsáveis por cerca de 7% das doenças e das mortes prematuras da Europa.

1.3 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM DESLOCAMENTOS MILITARES

Como temos vindo a referir, o consumo de álcool pode atingir todas as faixas etárias e classes sociais, incluindo as Forças Armadas, nomeadamente os militares em operações de apoio à paz.

“O militar consumidor de drogas ou que abuse do consumo de álcool, põe em risco a segurança do pessoal, do material, das instalações e da informação, bem como, a saúde global da instituição, daqui resultando graves consequências para o cumprimento das missões e para o prestígio das Forças Armadas”⁴

As Forças Armadas, como qualquer organização civil, não estão isentas de problemas de consumo de substâncias. O consumo abusivo dessas substâncias no seio das Forças Armadas pode, assim, assumir contornos de gravidade pelos aspectos negativos, na disciplina e na segurança militar.

De realçar a especificidade, como o manuseio de armas, a condução de viaturas e o acesso a informações que podem afectar a segurança nacional, o consumo abusivo dessas substâncias no seio das Forças Armadas pode assumir contornos de extrema gravidade, pelos aspectos negativos na disciplina, segurança militar e operacionalidade das Forças Armadas.

As Forças Armadas (a Armada em 1976, o Exército em 1977 e a Força Aérea em 1980) começaram a construir, pioneiramente a nível mundial, um Programa que, em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) consagraram como a metodologia mais adequada para as organizações, designadamente, os “*Employee Assistance Programs*”, do tipo “drug screening”, isto é, Programas de Assistência Ocupacional, baseados em toxicologia analítica para álcool e drogas.

⁴ Directiva N.º25/00/VCEME – Normas sobre a Prevenção e Controlo do Consumo de Drogas e Álcool.

O Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas (PPCDAFA) institui, assim, um conjunto de medidas com a finalidade de obter um efeito dissuasor do consumo e em simultâneo, manter um controlo adequado sobre os casos detectados, a fim de prevenir a progressiva dependência e degradação física. Um dos benefícios da detecção precoce é o facto de os indivíduos que ainda não são dependentes do álcool poderem suspender ou reduzir os seus consumos de álcool com uma apropriada intervenção.

Da nossa experiência e interacção com os militares que partem para as missões e a nível da formação, apercebemo-nos que muitos deles apresentam comportamentos reveladores de um consumo excessivo de substâncias psicoactivas, não só devido à separação da família, mas também relativos aos contextos de conflito e ao próprio clima institucional.

Para Volkow (2009), os factores demográficos e a estrutura organizacional militar, bem como factores culturais contribuem para que os seus membros tenham uma prevalência alta no que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, (nomeadamente *binge drinking*) e de tabaco e uma baixa prevalência do abuso de substâncias ilícitas, quando comparadas com a população em geral.

De acordo com Fear *et al.* (2007) os militares têm maior prevalência de consumos de risco medidos pelo Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool (AUDIT). Foram detectados consumos de risco (AUDIT superior a 8) em 67% para dos homens e em 49% das mulheres das Forças Armadas do Reino Unido ao serviço em Março de 2003, comparativamente com 38% dos homens e 16% das mulheres da população em geral. O consumo esporádico excessivo foi associado a ser jovem, estar no Exército, ser solteiro, ser fumador e ser de etnia caucasiana. Entre os militares, o consumo de álcool (AUDIT pontuação 16+) foi associado com a detenção de um posto mais baixo, sendo mais jovem, solteiro, estando ao serviço da Marinha ou do Exército, a ser deslocado ao Iraque, não ter filhos, *ser fumador*, ter um papel no combate e ter um familiar com problemas de bebida ou drogas. O estudo concluiu que o consumo excessivo de álcool é mais comum nas Forças Armadas do Reino Unido que na população em geral.

Stahre *et al.* (2009) avaliaram a prevalência do *binge drinking* e os danos relacionados, no Departamento de Defesa dos Estados Unidos, através do levantamento de comportamentos relacionados com a saúde entre pessoal militar (N=16.037), em pesquisa anónima, auto-administrada. De acordo com esse estudo referiram o padrão de *binge drinking* nos últimos meses, relatando 29,7 episódios por pessoa por ano. Ao todo, 67,1% destes episódios foram relatados por pessoas com idade entre 17-25 anos, e 25,1% destes episódios foram relatados por jovens menores de idade (17-20 anos). Os bebedores pesados (19,8%) foram responsáveis por 71,5% dos episódios de *binge drinking*, tendo o maior número de episódios anuais per capita de consumo excessivo de álcool (112,6 episódios). Os bebedores excessivos relatavam problemas de desempenho no trabalho (Odds Ratio (OR) 6,5 Intervalo de Confiança (IC) 95% 4.65, 9.15); alterações na condução (OR 4,9 IC 95% 3,68, 6,49), e problemas de justiça penal de forma mais frequentes que os não bebedores (OR 6,2 IC 95% 4,00, 9,72).

Wilk *et al.* (2010) referem um estudo com 1120 soldados que regressaram recentemente do Iraque, em que 96% eram do sexo masculino, 56% casados, 41% na faixa etária entre 18-24 anos, 30% com idades dos 25-29 anos e 25% entre 30-39 anos, 68% haviam sido destacados pela primeira vez. Dos 1080 soldados respondentes, 25% (N=275) demonstraram consumo inadequado de álcool no período de 3-4 meses de acompanhamento do destacamento de acordo com “*Two-item Conjoint Screen for Alcohol – TICS*”. Estes militares apresentaram proporcionalmente maior prevalência de doenças mentais (sintomas de stress pós traumático, maior depressão e ansiedade) e tinham tido mais experiências negativas em combate do que os que não tinham tido consumo de álcool. Dos 1080 soldados, 12% (N=125) para além de um consumo inadequado de álcool tiveram alterações de comportamento e consequentemente disfunções a nível ocupacional.

Bell *et al.* (2007) num estudo com um total de 404.966 soldados que completaram o *Health Risk Appraisal (1991-1998)* demonstrou que os militares que consumiam mais de 21 bebidas por semana estavam, seis vezes mais em risco de hospitalização quando comparados com aqueles que deixaram de beber.

Jacobson *et al.* (2009), num estudo sobre o consumo de álcool e problemas relacionados antes e depois de combate, em que os participantes provinham do *Millennium Cohort Study* concluiu que os militares no deslocamento em combate nas guerras do Iraque e Afeganistão apresentavam consumo excessivo semanal de álcool com mais problemas associados a esse consumo excessivo de álcool.

1.4 – CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL

O álcool é uma substância tóxica que prejudica uma grande parte das estruturas e processos do sistema nervoso central e afecta a personalidade, provocando alterações do comportamento com impacto sócio cultural. O consumo de bebidas alcoólicas de forma intencional ou não intencional é responsável por lesões e danos ao próprio consumidor e a outros, como a redução da capacidade de trabalho ou absentismo, privação familiar, violência interpessoal, suicídio, homicídio, crimes e acidentes rodoviários mortais.

O consumo de álcool, mesmo moderado, aumenta o risco de doenças cardíacas, hepáticas e cancerosas a longo prazo; se for frequente e em grandes quantidades, pode conduzir a estados de dependência. As mortes relacionadas com o álcool representam 25% de todas as mortes de jovens do sexo masculino entre os 15 e os 29 anos.

O álcool é também um dos factores contributivos para comportamentos sexuais de risco, aumento das doenças sexualmente transmissíveis como, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Por outro lado, tem um efeito teratogénico, com consequências negativas para o feto, incluindo baixo peso à nascença, deficiências cognitivas e síndrome fetal-alcoólico (Moller e Matic, 2010).

O álcool é uma droga psicotrópica, pois ele actua a nível do sistema nervoso central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência.

A concentração de álcool no corpo humano é descrita pelos investigadores, bem como pela lei portuguesa (Portaria nº 1006/98) como Taxa de Álcool no Sangue (TAS), sendo a sua unidade de leitura expressa em gramas de álcool por litro no sangue (g/l), isto é, a percentagem de álcool que o sangue contém. Segundo Mello, Barrias, Breda (2001), “Os efeitos do álcool absorvido são facilmente evidenciados através da sua acção depressora que atinge, primeiramente, as formações corticais com maior grau de integração e de diferenciação e, à medida que os valores de alcoolemia vão aumentando, acabam por atingir, também, as funções vegetativas.”

Assim, num primeiro momento em doses reduzidas, podem aparecer efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade, bem como melhorias ao nível de raciocínio (Barclay, 1999). Contudo, à medida que a TAS apresenta valores mais elevados, e são afectados os circuitos neuronais, verificam-se mudanças mais acentuadas no comportamento, como a falta de coordenação motora, arrastamento da voz, visão dupla, confusão mental (por vezes amnésia) e sono, podendo mesmo atingir o coma alcoólico. Em termos fisiológicos, as manifestações de uma intoxicação alcoólica aguda são variáveis e dependem do tipo, quantidade alcoólica e da tolerância do indivíduo. Estes efeitos variam, no entanto, em função de factores como o sexo, o peso do indivíduo, a ingestão de alimentos ou a velocidade de ingestão de álcool.

No que se refere ao sexo, alguns estudos (Graham, 1997) mostram que nas mulheres, devido às diferenças físico-biológicas, a TAS é superior, para quantidades iguais de álcool ingerido, pois apresentam uma percentagem inferior de água no organismo, estimando-se que este valor se situa nos 50%, ao passo que o homem terá um valor aproximado de 60%. Assim, volumes menores de água no corpo humano, representam uma maior concentração de álcool na corrente sanguínea, ou seja uma TAS superior. Além disso, a decomposição enzimática do álcool é significativamente menor nas mulheres, o que dificulta a sua eliminação e

consequentemente uma maior concentração de álcool no sangue. Tal como o sexo e precisamente pelo mesmo princípio que aponta o menor volume de água como fomentador de uma TAS superior, também o peso, independentemente do sexo, revela concentrações de álcool de valores diferentes, ou seja, pessoas com um volume corporal maior, apresentam TAS inferiores a pessoas com peso inferior (Graham, 1997), e se existir coincidência no peso, é a mulher que apresenta uma TAS superior. No que se refere à ingestão de alimentos, se esta ocorrer antes ou durante a ingestão de bebidas alcoólicas, dificulta a absorção de álcool pelo organismo, provocando uma menor concentração de álcool no sangue. Por fim, a velocidade de ingestão de bebidas alcoólicas contribui para uma diferente presença de álcool no sangue, e beber com intervalos longos dará ao organismo tempo para reverter os efeitos tóxicos produzidos nas células e consequentemente uma TAS menor.

No que concerne ao álcool, o consumo de baixo risco preconizado no âmbito das intervenções breves, corresponde à ingestão de 20 gramas de álcool por dia, não mais do que cinco vezes por semana (Babor et al., 2001). O que corresponde a um consumo no máximo de 2 a 3 unidades de álcool (20 a 40 gramas) por dia para homens e a 1 a 2 unidades de álcool (10 a 20 gramas) por dia para mulheres, em virtude da variação entre sexos, com pelo menos dois dias por semana sem beber.

Poder-se-á admitir que o álcool é uma das principais causas de acidentes de viação no nosso país (DGV, 2001); a condução sob influência de álcool tem-se revelado uma das principais preocupações dos responsáveis pela segurança rodoviária ao longo do tempo, como se pode verificar pelas campanhas divulgadas durante o Verão de 2002. Laurence (1988) refere que o consumo de álcool aumenta o tempo de reacção a situações adversas, fazendo com que o condutor não consiga parar a viatura em tempo oportuno. Dependendo da quantidade de álcool ingerida, os efeitos poderão acentuar-se e a condução tornar-se cada vez mais perigosa, quer para o condutor, quer para os demais utentes da via pública. De acordo com Dubowski (1980), os seus efeitos podem ser discriminados em função da concentração de álcool no sangue da seguinte forma:

- menos de 0.20 g/l – zona de tolerância fisiológica, sem sintomas evidentes, sendo o risco de acidente quase nulo.
- de 0.20 a 0.50 g/l – aumento da autoconfiança e diminuição das inibições, isto é, sentimento generalizado de euforia. Perda de atenção, da capacidade de avaliação e auto controlo pela diminuição da capacidade de coordenação e percepção sensorial, ou seja, menor capacidade de processar informações. A fusão óptica das imagens é perturbada, ocorrendo uma falsa estimativa de distância e velocidade. Risco de acidente.
- de 0.50 a 0.80 g/l – efeitos anteriores sobrelevados, sendo que a euforia poderá dar lugar a alguma sonolência e instabilidade emocional, e o tempo de reacção é agora muito mais alongado. Risco de acidente multiplica por quatro.
- de 0.80 a 1.20 g/l – desorientação, confusão mental e vertigens. Perda de percepção das cores, formas, movimentos e dimensões. Diminuição do sentido da cor, perda de equilíbrio e discurso arrastado, ou seja, comprometimento das actividades motoras, com reflexos completamente alterados. Risco de acidente multiplicado por vinte e cinco.
- de 1.20 a 2.00 g/l – visão dupla, acentuada perda de resposta aos estímulos, incapacidade de ficar de pé ou de andar. Condução perigosa, com risco de acidente elevado.
- de 2.00 a 3.00 g/l – apatia, inércia geral e quase paralisia. Condução difícil ou impossível.
- de 3.00 a 4.00 g/l – coma e anestesia, acentuada diminuição ou perda de reflexos, hipotermia, circulação sanguínea e respiração ameaçadas. Risco de morte.
- mais de 4.00 g/l – risco de morte por paragem respiratória acentuada.

Diversos investigadores, têm estudado os efeitos do álcool na condução. De alguns estudos efectuados, destacamos o de Mann e Anglin (1988), que analisaram os acidentes ocorridos entre 1957 e 1983 em Ontário, Canadá, tendo verificado que existe uma relação significativa entre o consumo de álcool e os acidentes com consequências fatais, realçando contudo o efeito de outras variáveis como as condições de segurança da estrada. Consideram também importante a existência de programas de prevenção e de educação centrados não só nos perigos do efeito do álcool na condução, mas também na saúde em geral.

Também Deery e Love (1996) procuraram estudar na percepção do perigo, os efeitos de doses moderadas de álcool em condutores jovens, tendo constatado que com apenas 0,05% de concentração de álcool no sangue as respostas eram muito mais demoradas, comparativamente às respostas de condutores que não possuíam qualquer valor de álcool no sangue. Estabeleceram também a distinção entre perigos activos (aqueles que decorrem das acções do condutor) e perigos passivos (resultantes do comportamento dos demais utentes da via), sendo que, independentemente de se encontrarem sob efeito de álcool ou não, todos os condutores afirmaram que o perigo está sempre nos outros. Por fim, Hammersley, Finngan, Millar (1992) verificaram que os sujeitos avaliavam de forma deficitária a quantidade de álcool ingerida, não tendo por isso consciência dos efeitos do álcool no seu organismo nem no seu comportamento de condução.

O álcool é um neurotóxico para o desenvolvimento cerebral, e reduz o volume cerebral em adultos de meia-idade. É uma substância que produz dependência e imunodepressão, aumentando o risco de doenças transmissíveis, incluindo tuberculose. As bebidas alcoólicas são classificadas como carcinogénicas pela *International Agency for Research on Cancer* (2010), aumentando o risco de cancro na cavidade oral e faringe, esófago, estômago, cólon e recto. Existe uma relação entre o álcool e a doença coronária, no entanto o consumo em doses regulares de álcool tem um efeito cardioprotector, enquanto doses elevadas, particularmente quando consumidas de forma irregular, tem um efeito cardiotóxico.

Há evidências crescentes de que para além do volume de álcool, o padrão de consumo é também relevante para os resultados em saúde. Em geral, existe uma relação causal entre o consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças e ferimentos. É estimado que causa cerca de 20 a 30% de: cancro no esófago, cancro no fígado, cirrose hepática, homicídio, crises de epilepsia e acidentes de veículos automóveis em todo o mundo (WHO, 2002).

Segundo a *National Health and Medical Research Council* (2009), para ambos os sexos, o consumo superior a 20g de álcool/dia, aumenta o risco de morte de 1 para 100 sendo que 60g de álcool/dia o risco é de 1 para 10. Muitos factores contribuem para o desenvolvimento dos problemas relacionados com o consumo de álcool nomeadamente, o desconhecimento dos limites aceitáveis quando se consome; o consumo inadequado e dos riscos associados ao consumo excessivo, bem como da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo.

2 – CONSUMO DE TABACO NO MUNDO, NA EUROPA E EM PORTUGAL

A dependência tabágica – definida como doença pela OMS como doença (CID-10 10ª Classificação Internacional de Doenças, 1992) e, desde 1994, no DSM-IV – permanece no final da primeira década deste milénio como a principal causa de morbilidade e mortalidade evitável. O tabagismo é, actualmente, um dos grandes problemas no âmbito da saúde pública, segundo os CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) sendo o tabaco um factor de risco para doenças do foro cardíaco e cerebrovascular, que segundo o Inquérito Nacional de Estatística (2009), são as principais causas de morte em Portugal; o tabaco é também considerado o maior responsável pelo aparecimento de determinadas doenças do foro respiratório (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – DPOC) e oncológico (neoplasia do pulmão, da laringe, da boca, entre outros).

Para a WHO (*World Health Organization*) (2011), o consumo de tabaco é globalmente responsável por mais de cinco milhões de mortes anuais, em todo o mundo, sendo responsável por 1 em cada 10 mortes de adultos, onze por cento das mortes por doença isquémica do coração, principal causa de morte nos países desenvolvidos, e são ainda atribuíveis ao seu consumo mais de 70% das mortes por cancro do pulmão, traqueia e brônquio. Estima-se que o consumo de tabaco represente a segunda causa de morte no mundo e que se os padrões de consumo continuarem, irá causar mais de oito milhões de pessoas mortas por ano, até 2030.

O consumo de tabaco representa cerca de 12,3% do peso da doença nos países europeus, expresso em anos de vida ajustados para a incapacidade (DALY)⁵. Estima-se que em 2000 o consumo de tabaco tenha sido responsável por cerca de 15% do total da mortalidade verificada na União Europeia (25 estados-membros), por cerca de 85% da mortalidade por cancro do pulmão, por cerca de 25% das mortes por qualquer tipo de cancro, por cerca de 30% da mortalidade por doenças do aparelho respiratório e por cerca de 10% do total de mortalidade por doenças cardiovasculares (European Commission Directorate-General for Health and Consumer Protection in October 2004)

⁵ Um DALY (Disability Adjusted Life Year) corresponde à perda de um ano de vida.

2.1 – CONSUMO DE TABACO EM PORTUGAL

Um dos mais importantes esforços desenvolvidos na sociedade portuguesa de modo a diminuir o impacto, diz respeito à diminuição da prevalência de fumadores. De modo a reunir recursos e organizar os meios para favorecer esta diminuição, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2004) estabeleceu as metas que se procuravam atingir até 2010. Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Relatório da Primavera 2010), constata-se que nenhuma delas foi atingida, havendo mesmo um agravamento a nível de alguns indicadores.

A prevalência de fumadores na população existente no Continente com mais de 15 anos, determinada a partir de dados do INS 2005/2006, era de 20,9% traduzindo um aumento de 0,8% nas mulheres e uma redução de 1,8% nos homens, quando comparada com os dados obtidos em 1998 (Machado, A. *et al.*, 2010). O uso de tabaco cresceu até ao grupo etário dos 25 aos 34 anos, reduzindo-se uniformemente a partir desse escalão, em ambos os géneros.

O 5º Inquérito Europeu às condições de trabalho coloca Portugal na 6ª posição dos 27 países da União Europeia, com menor prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho. Portugal apresenta o maior decréscimo de prevalência referida de tabagismo passivo no local de trabalho de 2005 para 2010 (cerca de 20%).

De acordo com o Relatório da Primavera 2010, com a crise económica e social actual a tendência é de esperar um agravamento do consumo de tabaco (Chan, 2009). Enquanto que existe uma percepção de agravamento no consumo de tabaco com a crise económica e social (média 3,4%), a percepção relativamente à procura de apoio manifesta uma tendência inversa (média 2,8%) havendo mesmo uma redução na procura aos programas de apoio à cessação tabágica.

Borges et al (2009), estima a carga da doença atribuível ao tabaco, tendo como base os dados das estatísticas demográficas e de saúde disponíveis para Portugal em 2005; conclui como análise final que 11.7% das mortes em Portugal se podem atribuir ao consumo de tabaco. A carga da doença através dos anos de vida

ajustados por incapacidade – *disability adjusted life years* (DALY) é 11.2%. A distribuição entre sexos é muito desigual, já que corresponde a 15.4% dos DALYs e 17.7% das mortes no sexo masculino e apenas 4.9% dos DALYs e 5.2% das mortes no sexo feminino. Estes números para a mortalidade atribuível são mais elevados do que as estimativas anteriormente disponíveis para Portugal (Peto et al. 2006, citado por Borges *et al.* 2009), as quais apontavam para 14% das mortes masculinas e apenas 0.9% das femininas, com base em estimativas, corresponde a mais de 8.500 pessoas mortas anualmente, por doenças relacionadas com o consumo de tabaco.

Segundo os mesmos autores, as estimativas sobre a carga da doença redutível, ou seja, as reduções de mortalidade e DALY ocorreriam se os fumadores abandonassem o tabagismo e passassem a experimentar, o risco médio das populações de ex-fumadores, é superior aos dos nunca fumaram, mas inferior ao dos fumadores. As estimativas são que a carga da doença medida pelos DALY se reduziria em 5.8% (7.8% dos homens e 2.8% das mulheres) e que as mortes se reduziriam em 5.8% (8.5% homens e 2.9% mulheres). As doenças relacionadas com o tabagismo geraram 121643 DALY, dos quais 72126 (59%) são atribuíveis ao tabagismo. Os custos económicos do uso do tabaco são igualmente devastadores, já que para além dos elevados custos de saúde pública no tratamento de doenças relacionadas com o consumo de tabaco, os fumadores são também menos produtivos devido às doenças associadas e os que morrem prematuramente privam as suas famílias dos seus rendimentos.

Na perspectiva de Nunes et al. 2007, “A dependência do tabaco é um fenómeno complexo, que resulta da interacção de múltiplos factores, dos quais a presença de nicotina (substância psicoactiva com elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica), uma vez absorvida, atinge o cérebro em menos de 10 segundos, activa os receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, na área ventral do tecto, levando à produção de dopamina e à sua libertação, através de neurónios axonais, no núcleo accumbens, zona cerebral muito importante no processo de aprendizagem, em particular na atenção e na memória, bem como na motivação dos comportamentos”.

Segundo os mesmos autores, o tabaco, para além de actuar sobre o sistema dopaminérgico e o núcleo accumbens, interfere também noutras áreas cerebrais, como o hipocampo, provocando melhoria da atenção e da memória, sobre o córtex pré-frontal, agindo sobre as funções do controlo de comportamento e do controlo emocional, bem como sobre o sistema noradrenérgico, relacionado com as respostas ao stresse e implicado na depressão.

A nicotina é um estimulante psicomotor, nos novos utilizadores, reduz o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória, reduz o stresse e a ansiedade e diminui o apetite. Porém, induz tolerância, ou seja, a exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução dos efeitos inicialmente verificados, o que pode conduzir ao aumento das doses consumidas (Nunes, E. 2007).

Através de vários mecanismos definidos, o risco e a severidade dos malefícios causados pelo tabaco estão directamente relacionados com a duração e nível de exposição ao fumo do tabaco. A exposição prolongada ao fumo do tabaco e uso mantido do tabaco, provoca efeitos aditivos potenciais dos produtos do tabaco, que são mediados pela acção adversa da nicotina e talvez por outros compostos, nos receptores nicotínicos cerebrais. Níveis baixos de exposição incluindo fumo passivo levam a rápida e abrupto aumento da disfunção endotelial e inflamação, que estão implicadas nos eventos cardiovasculares agudos e trombose.

Existe evidência de alteração de hábitos tabágicos entre os fumadores após a implementação da Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto, quer na redução do fumo activo, quer nos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo. Um estudo realizado em 2008 por Cardoso e Plantier, mostrou que devido à lei do tabaco, 5,1% dos fumadores declararam ter deixado de fumar e 22,3% diminuíram o consumo.

De acordo com a literatura, algumas doenças, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, e os internamentos por doença isquémica aguda do miocárdio, registam uma diminuição, pela primeira vez em 16 anos, na sequência da redução do consumo de tabaco na população e o aumento da proporção de fumadores que pararam de fumar (DHHS,2010) (Pell, J. et al 2008). Um estudo realizado por Meyers e Neuberger 2009, que organiza e sumaria a evidência existente mostra a associação entre as proibições de fumar em espaço públicos e a diminuição do risco de internamento por doença cardíaca isquémica. Porém ainda não foi possível avaliar o impacto da implementação da Lei na morbilidade e mortalidade, e nos ganhos em saúde decorrentes desta legislação.

2.2 – CONSUMO DE TABACO EM DESLOCAMENTOS MILITARES

Especialistas militares estão preocupados com o facto de a guerra no Iraque e no Afeganistão poder precipitar um aumento nos problemas relacionados com o uso e abuso de drogas entre os militares que foram deslocados para as frentes. Nos Estados Unidos da América o NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2009) uniu forças com o Departamento de Defesa, Departamento de Assuntos de Veteranos, e outros órgãos federais numa campanha para avaliar e encontrar soluções para esta ameaça para a saúde e o bem-estar dos homens e mulheres de serviço, veteranos e suas famílias.

Os padrões de uso do tabaco ilustram o impacto que a guerra pode ter sobre o uso da substância. O uso do tabaco é de cerca de 50 por cento maior entre a população activa e veteranos militares do que na população civil. Contudo, estudos indicam que as taxas de fumo são 50 por cento mais elevadas entre o pessoal que tenha servido nas zonas de guerra.

Para Poston *et al.* (2008) 10,3% dos militares que destacaram no último ano, reportaram ter iniciado ou aumentado os seus hábitos de fumador enquanto 12.4% reportaram ter desistido ou reduzido o hábito de fumar.

Por fim, DiNicola *et al.* (2006) reportou o aumento substancial de fumadores de 36% para 56% entre a amostra dos marines destacados e 20% de fumadores entre os que não eram. Na maior parte dos estudos a insatisfação e o stress eram as razões mais comuns para iniciarem ou aumentarem o consumo de cigarros seguida pela pressão, relações sociais e dependência da nicotina.

Boos e Croft (2004), realizaram um estudo sobre a prevalência de fumadores no pessoal militar no hospital de campanha antes e depois do período de deslocamento em cenário de guerra, com um grupo populacional de 623 elementos, obtendo 89% de respondentes. Desses, 59% eram pessoal hospitalar com uma idade média de 33 anos, sendo 61% do sexo masculino; 29% dos inquiridos eram fumadores regulares antes do deslocamento. **A seis semanas do deslocamento este número aumentou de 52 para 212 (38%)** 33 destes soldados tinham já o hábito de fumar e 19 eram recém-fumadores. Entre os 160 indivíduos que fumavam regularmente antes do deslocamento, com consumo diário de cigarros verificou-se um aumento de 15 para 21 por dia (95% Intervalo de Confiança (CI) 19.0 para 22.7; $P < 0.0001$). Por fim, 90 soldados referiram ter aumentado o consumo, 22, ter reduzido e 48 não tiveram qualquer alteração.

As razões apontadas para iniciarem ou aumentarem o consumo de tabaco, foram a insatisfação (54%), manter benefícios sociais (24%), stress (13%), a cultura do fumo no contexto militar (6%) e o baixo preço dos cigarros (3%). Só 159 (29%) dos inquiridos referiram ter recebido informações sobre os malefícios do tabaco durante o seu serviço militar inglês.

O estudo *Milénio* (estudo longitudinal de 21 anos), realizado por Smith *et al.* (2008) avaliou uma população de 48.304 militares, antes dos conflitos no Iraque e no Afeganistão (Julho 2001-Junho 2003), reavaliados posteriormente em Junho de 2004-Janeiro 2006. As análises realizadas foram conduzidas entre Março de 2007 a Abril de 2007.

Os resultados do estudo mostram que, entre os que nunca fumaram, a iniciação ao tabagismo foi identificado em 1,3% dos não deslocados e 2,3% dos deslocados. Entre os ex-fumadores, voltaram a fumar 28,7% dos não deslocados e 39,4% daqueles que foram deslocados. O tabagismo aumentou 44% entre os não deslocados e 57% entre os deslocados. Aqueles que efectuaram deslocamento e foram colocados em posições de combate tiveram 1,6 vezes maior probabilidade de iniciar o tabagismo entre os não-fumadores do deslocamento (95% IC 1.2, 2.3) e tiveram 1,3 vezes maior probabilidade de retomar o tabagismo entre os ex-fumadores, do deslocamento quando comparados com aqueles que não estiveram em posições de combate. Outros factores do deslocamento independentemente associados com a reincidência de fumar pós deslocamento, incluem o deslocamento de nove meses e vários deslocamentos. Entre os que fumavam no início do estudo, o deslocamento não foi associado com mudanças na quantidade de fumo diário.

O estudo concluiu, ainda, que o deslocamento militar está associado com a iniciação ao tabaco e, mais fortemente, com a reincidência de fumar, especialmente entre aqueles com deslocamentos prolongados, vários deslocamentos, ou colocados em posições de combate.

Segundo Barton *et al.* (2010), o consumo de tabaco é ainda responsável pelo declínio progressivo da tolerância ao exercício físico, o que nas Forças Armadas, é uma questão relevante em virtude da capacidade física ser um factor de capital importância para o desenvolvimento das actividades profissionais quotidianas. No que concerne ao contexto operacional, já de si gerador de stress e ansiedade, quer o tabagismo, quer o álcool, podem ser um factor comprometedor do desempenho dos militares.

2.3 - CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2004), CDC (2000), e a Agência Internacional de Investigação do Cancro (2009), os efeitos nocivos do tabaco estão relacionados com a duração dos hábitos tabágicos e com o número de cigarros consumidos, entre outros factores.

De acordo com CDC (2009) os custos em cuidados de saúde são mais elevados em indivíduos fumadores do que em não fumadores, havendo autores que referem que esse aumento se situa nos 40% (Ziedonis et al., 2009). Segundo os mesmos autores, as pausas que os trabalhadores fazem para fumar, totalizam no final do ano 18 dias, com custos que são aproximadamente o dobro de um tratamento farmacológico de desabituação tabágica. A taxa de absentismo é 26% mais elevada nos fumadores relativamente aos não fumadores.

Em 2009, foi sedimentada a adesão da sociedade portuguesa relativamente à legislação a nível da protecção dos não fumadores (Lei n.º 37/2007). Vários estudos publicados, realizados em países onde legislações semelhantes foram implementadas, que demonstraram as consequências significativas a nível do impacto em saúde. Nomeadamente, foi notória a diminuição dos acidentes isquémicos cardíacos (enfarte agudo do miocárdio) a nível dos não fumadores, após a implementação de legislações restringindo o uso do tabaco em lugares públicos. (Lightwood e Glantz, 2009; Meyers *et al.*, 2009).

De acordo com o Relatório Infotabac (2011), Portugal é o país europeu com maior diminuição de prevalência de fumadores passivos no local de trabalho de 2005 para 2010, tendo-se colocado na 6ª posição deste indicador da Europa dos 27. Existe evidência da diminuição do consumo de tabaco dentro de casa após a entrada em vigor da Lei nº 37/2007, bem como a alteração dos hábitos tabágicos entre os fumadores após implementação da Lei, contribuindo quer na educação do fumo activo, quer nos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo.

Nunes (2006) refere de que acordo com os dados obtidos por Richard Doll e colaboradores, metade dos fumadores regulares morre em resultado do consumo de tabaco, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos (Doll et al., 2004). Refere ainda, que os fumadores perdem em média 10 anos de esperança de vida, os quais podem ser recuperados, se deixar de fumar. Porém para que parar de fumar tenha benefícios em qualquer idade, quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica, maiores são os benefícios e a recuperação de anos de vida.

De acordo com o CDC (2010), a evidência do mecanismo pela qual o tabaco causa doença, indica que não é segura a exposição ao fumo de tabaco. A inalação do complexo químico dos compostos de combustão do tabaco, está associado a aumento do risco de cancro, doenças cardiovasculares e pulmonares mediados por uma série de mecanismos como alterações do DNA, inflamação e stress oxidativo.

Sabe-se também que o risco e a severidade dos malefícios causados pelo tabaco estão directamente relacionados com a duração e nível de exposição ao fumo do tabaco. A exposição prolongada ao fumo do tabaco e uso mantido do tabaco provoca efeitos aditivos em relação aos produtos do tabaco, que são mediados pela nicotina e eventualmente por outros compostos ao nível dos receptores nicotínicos cerebrais. Níveis baixos de exposição, incluindo fumo passivo, levam ao rápido e abrupto agravamento da disfunção endotelial e inflamação, que estão implicados nos eventos cardiovasculares agudos e trombooses.

De acordo com o Relatório Infotabac (2011) o número de episódios de internamento por doença isquémica cardíaca diminui pela primeira vez em 16 anos. Também a taxa de episódios internamento por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica observou um ligeiro decréscimo. A lei é percepcionada de forma muito positiva pela população “A lei entrou pelo senso comum, as pessoas deixaram de fumar em certos sítios não pela lei mas pelo respeito pelos outros”, existindo, ainda, espaço para a sua melhoria na perspectiva da redução do fumo passivo.

3 – PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A pertinência deste estudo reside no facto de o consumo de álcool e tabaco nas Forças Armadas, se tratar de um problema de saúde pública, ao atingir uma população significativa e com um papel relevante em termos sociais, afectando o seu desempenho.

Na nossa pesquisa não foram encontradas, nas Forças Armadas Portuguesas, trabalhos científicos subordinados ao tema do álcool, nem do tabaco, tendo dessa forma, o estudo um carácter de originalidade. Porém é um tema actual e muito abordado em estudos internacionais. Sendo o consumo de álcool elevado em Portugal, e constituindo um problema de saúde pública, é importante avaliar o seu impacto na estrutura militar.

Por outro lado, a minha actividade profissional desenvolve-se em torno desta problemática, e este trabalho trará, assim o espero, contributos relevantes para melhor poder ajudar os militares, a gerirem e a lidarem com estas situações de conflito, decorrentes do âmbito da participação em missões de apoio à paz.

O álcool e o tabaco foram abordados no mesmo estudo, em virtude de serem semelhantes em vários aspectos, nomeadamente: ambos serem substâncias legais, estarem largamente disponíveis na maior parte do mundo, serem comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais, cujas campanhas de publicidade e promoção têm por objectivo os jovens (WHO, 2004).

Na maioria das vezes as pessoas consomem substâncias psicoactivas porque esperam extrair benefício de tal consumo, seja por prazer ou pelo consumo social. Nas últimas dezenas de anos, os estudos que alertam sobre os riscos de saúde associados ao consumo de substâncias tóxicas têm vindo a aumentar. Ao mesmo tempo, as preocupações sobre o comércio, o consumo e as consequências desse consumo a nível pessoal e social enchem as páginas dos jornais.

Ao mesmo tempo, outras substâncias são igualmente mortais, ainda que não ilegais, continuam a ser consumidas de forma mais ou menos imoderada. Estamos a falar do álcool e do tabaco, substâncias que nos últimos anos têm vindo a ser tratadas de forma bem diferenciada. Enquanto que o tabaco tem vindo a ser sujeito a uma série de medidas restritivas no seu consumo, como é do conhecimento geral, o álcool que durante anos foi sujeito a campanhas tendo em vista alertar para os seus perigos individuais e pessoais passou a ser praticamente ignorado. Apesar disso todos os estudos efectuados sobre o consumo exagerado destas duas substâncias apresentam um ponto em comum: são substâncias perigosas, originando alterações de comportamento e podendo conduzir à morte.

Muitos estudos realizados, como referi anteriormente, associam o aumento de consumo de álcool e de trabalho a situações de stress. Na nossa sociedade todos vivemos situações complicadas que nos fragilizam. De realçar, alguns grupos que, pela sua especificidade profissional mais sensíveis e vulneráveis ao consumo dessas substâncias. Neste estudo abordaremos, em particular, um desses grupos: os militares a viverem situações de guerra.

PARTE II – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

4 – PLANEAMENTO E PREPARAÇÃO DO ESTUDO

No final de 2010 e segundo trimestre de 2011 decorreu o planeamento, delineamento e preparação para o estudo, envolvendo a realização de actividades essenciais.

4.1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica, cujos resultados orientaram o delineamento do estudo, foi feita através da MEDLINE; Cochrane Database of Systematic Reviews; PubMed; SciELO; RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal); Web of Knowledge; B-on para recolha de artigos que ilustrassem os conteúdos que justificaram esta tese, nomeadamente as questões de investigação e os objectivos propostos.

Foram introduzidas as expressões álcool para o título e, como palavras-chave, isoladas ou em combinação, Alcohol, alcoholism, deployment, deployed, military, troops, PTSD, mental health, epidemiology, incidence, prevalence, risk, mortality, morbidity, disability, quality of life, burden, comorbidity, recognition, detection, screening, psychometrics, scale, liaison, collaborative, attitudes, skills, knowledge. Foram, em particular, pesquisados artigos com as tipologias Review e Meta-analysis para, seguindo os princípios da medicina da evidência, obter fontes de informação fiável e sólida. Outros artigos e documentos poderão ter sido incluídos por estarem referenciados em índices de artigos de referência.

Para sistematizar a informação existente em Portugal, fez-se uma revisão bibliográfica de textos de autores portugueses com os termos “álcool” e “abordagem” nas bases de dados das revistas portuguesas Índice Médico Português, sítio de Faculdades portuguesas, Escola Nacional de Saúde Pública, Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Military Medicine, Alcohol and Alcoholism, Revista Portuguesa de Clínica Geral, como exemplos.

Há que destacar as dificuldades verificadas na realização da pesquisa da bibliografia portuguesa: os motores de busca nacionais são pouco acessíveis, há publicações sem peer-review e de edição pontual; é, assim, provável que existam estudos nacionais não contemplados nesta revisão.

5 – OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

5.1 – OBJECTIVO GERAL

O estudo tem como objectivo caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco no pré-deslocamento de militares ainda em Portugal, no deslocamento em Teatro de Operações e no pós deslocamento em território nacional dos militares das Forças Nacionais Destacadas, em missão de apoio à paz.

5.2 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco, no pré deslocamento, na preparação para a missão, em território nacional (**T1**).

Caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco, no deslocamento, na missão, em território estrangeiro (**T2**).

Caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco, no pós deslocamento, quando regressados da missão, em território nacional, antes da desmobilização da força (**T3**).

Caracterizar as alterações de consumo de álcool e tabaco nos diferentes momentos de avaliação.

5.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Hipótese 1 – O padrão de consumo de álcool e tabaco, nos militares, é superior ao padrão de consumo da população em geral?

Hipótese 2 – No pré-deslocamento os níveis de consumo de álcool e tabaco, são mais baixos, do que no deslocamento e pós deslocamento?

Hipótese 3 – Os militares masculinos consomem mais álcool que os militares femininos, nos diferentes tempos?

Hipótese 4 – Os militares masculinos consomem mais tabaco que os militares femininos, nos diferentes tempos?

Hipótese 5 – A estrutura etária está relacionada com os padrões de consumo de álcool e tabaco?

Hipótese 6 – Os militares consomem menos álcool e tabaco quando regressam da missão, em relação ao aprontamento (T1) e à missão (T2)?

6 – METODOLOGIA

6.1 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal analítico, em que o investigador se propõe analisar e descrever o consumo de álcool e tabaco em militares que constituem as Forças Nacionais Destacadas, que vão para os Teatros de Operações do Afeganistão e do Kosovo, em três momentos distintos – Momento (**T1**), em fase de pré-deslocamento «em território nacional»; Momento (**T2**), no deslocamento (no teatro de operações), isto é, na missão propriamente dita «após o 3º/4º mês»; Momento (**T3**), pós-deslocamento, em território nacional «6 meses após o regresso da missão». Um estudo descritivo é aquele que pretende apenas estimar parâmetros estatísticos da população, nomeadamente proporções, médias, desvio padrão, etc. (caso seja quantitativo) ou narrar a caracterização de algum aspecto (caso seja qualitativo), descrevendo o estado de saúde de uma comunidade. Este tipo de estudo tem uma importância fundamental, em virtude de ser o primeiro passo da investigação epidemiológica.

O contacto inicial com a população, será efectuado no momento do *briefing* da missão (a coordenar com o comandante da força) esta será informada acerca do tipo e importância da investigação, assim como da metodologia do estudo sendo salientado o carácter fundamental da colaboração voluntária dos militares nele envolvidos, motivando-os para a adesão ao estudo. Essa informação será efectuada aos dois grupos em momentos distintos (aos militares da força nacional destacada do Afeganistão e do Kosovo) em virtude das forças nacionais destacadas, efectuarem o deslocamento em calendarização semelhante. Em termos de processo a abordagem corresponde à mesma fase da missão.

Será atribuído aleatoriamente um número a cada elemento da amostra que corresponde à população em estudo. O respondente identificará o questionário com o número que lhe tenha sido atribuído, com o mesmo número, durante os três momentos distintos. Será efectuado uma listagem em que serão registados os nº

atribuídos a cada elemento, essa informação apenas fica na posse do investigador, não sendo a mesma proporcionada a ninguém inclusive eventuais colaboradores.

Serão recolhidos dados sociodemográficos e serão aplicadas escalas de caracterização do consumo de álcool e tabaco. Será realizado um pré-teste a uma amostra de 20 militares da força nacional destacada do Líbano.

Para o efeito os militares serão reunidos numa sala e distribuídos os questionários individualmente (após o consentimento informal escrito), o qual deverá ser auto-preenchido e depositado numa caixa garantindo o anonimato. O investigador estará presente durante o processo de preenchimento dos questionários para esclarecer qualquer dúvida.

Apenas o investigador terá acesso à informação dos participantes no estudo, respeitando o anonimato sobre todos os dados obtidos.

6.2 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população alvo são os militares que participam ou participaram neste tipo de missões. A amostra é constituída pelos militares que vão integrar as Forças Nacionais Destacadas de apoio à Paz no Afeganistão e no Kosovo e participam neste tipo de missão, nesse mesmo período, sendo todos convidados a participar. Foram definidos critérios de inclusão e de exclusão relativamente aos participantes no estudo, que seguidamente serão apresentados.

Recrutamento

PLANEAMENTO DAS FORÇAS NACIONAIS DESTACADAS – 2012*

Teatro de Operações		Quantitativo	Mês de Ida ao TO
KOSOVO	1º Semestre	157	Janeiro
	2º Semestre	157	Julho
LÍBANO	1º Semestre	141	Março
	2º Semestre	141	Setembro
AFEGANISTÃO	1º Semestre	204	Janeiro
	2º Semestre	222	Julho

* Dados facultados pelo Centro de Psicologia Aplicada do Exército.

6.3 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

- Ser militar e pertencer ao quadro permanente, em regime de contrato ou voluntariado.
- Estar nomeado para constituir o contingente da força que vai desempenhar a missão de Apoio à Paz. (Nesses Teatros de Operações)

Critérios de exclusão

- Recusar a participação no estudo.

6.4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O questionário, segundo Fortin (2000), apresenta as seguintes características:

“É um método de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) É habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos, sem assistência; pode ser enviado e reenviado de retorno pelo correio. É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. (...) Permite um melhor controlo dos enviesamentos.”

O questionário “(...) por definição é um instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, é absolutamente indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador (...)” (Ghiglione e Matalon, 1992, p. 110-111); ou seja é um elemento central da recolha de informação.

De acordo com (Hill; Hill, 2005), os inquéritos por questionário são um bom instrumento para avaliar necessidades de saúde e realizar diagnósticos de situação, embora com vantagens e desvantagens.

Os três requisitos fundamentais do questionário são, na perspectiva de (Hill; Hill, 2005), fiabilidade (produz resultados consistentes), validade (mede aquilo para que foi desenhado), e transmissibilidade ou reprodutibilidade (quando aplicado a diferentes grupos de utentes mede a mesma variável).

Um questionário esteticamente bem conseguido constitui de alguma forma, uma garantia mínima de aceitação pelos respondentes e um estímulo para as respostas. A dimensão do mesmo também deve ser preocupação do investigador, pois se este for demasiado extenso torna-se desmotivante levando a pessoa a desinteressar-se, acabando por responder sem tomar a devida atenção.

Ghiglione e Matalon (1992, p. 113) dizem que “(...) um questionário composto, na sua maioria por questões fechadas, não deveriam ultrapassar 45 minutos quando a sua aplicação é feita em boas condições, ou seja, em casa da pessoa ou num lugar tranquilo.”

Segundo Ghiglione e Matalon, (1992, p. 198) é necessário “(...) garantir uma certa coerência no conteúdo das questões e na sucessão dos temas. A variedade na forma das questões é, em geral, bem recebida, evitando uma impressão de monotonia, a qual constitui um dos principais perigos dos questionários longos”; ou seja é útil intercalarem-se os vários tipos de perguntas abertas com perguntas fechadas. Mesmo dentro das respostas fechadas pode optar-se por respostas de cruzes, de escala, de ordenação das opções dadas, entre outras.

Poder-se-á também referir que segundo Santos (1993) existem dois tipos de formatos de questionários:

Tipo Fechado ou Categórico – em que as perguntas são colocadas de tal forma, que o inquirido tem que responder, escolhendo uma das alternativas propostas. Este tipo é ideal para a recolha de dados numéricos ou categóricos.

Tipo Aberto ou de Resposta Livre – aqui são os próprios inquiridos a escrever as respostas às questões. Deste modo, este tipo é muito útil para a recolha de informação para estudos profundos, na medida em que são relevantes as opiniões, os interesses, os pontos de vista, as decisões, os comportamentos, etc., dos inquiridos; por outro lado também são úteis para estudos em campos novos de investigação, uma vez que ainda não existe informação disponível.

Aplicação do inquérito – No momento da sua aplicação, a forma como está concebido deve ser clara, para que não haja necessidade de outras explicações para além daquelas explicitadas. Daí a necessidade da realização de um pré-teste antes da investigação propriamente dita; pois este permite ver o tipo de lacunas subjacentes, que iriam trazer problemas aquando da sua aplicação. Nesta fase

devem fazer-se todas as alterações depois de se registar todas as dificuldades sentidas e as sugestões dos sujeitos que efectuam o pré-teste; porque como diz Ghiglione e Matalon (1992, p. 118) “(...) uma vez começado o trabalho no terreno, está fora de causa fazer qualquer modificação no enunciado das questões ou na sua ordenação, mesmo que nos tenhamos dado conta de erros graves”, pois ao fazerem-se alterações os questionários não poderiam ser submetidos ao mesmo tipo de análise; o que sem dúvida complicaria a investigação e o tipo de conclusões relativamente aos objectivos em estudo. Assim esta fase corresponde ao trabalho directo no terreno, no qual o inquirido regista as suas respostas. No questionário de administração directa, é o inquiridor que formula as perguntas e regista as respostas do inquirido.

Análise dos Resultados – Nesta fase procede-se à codificação das respostas, ao tratamento dos dados (análise estatística das perguntas fechadas e análise de conteúdo das perguntas abertas) e à elaboração das conclusões; ou seja por fim a organização e a análise dos dados vai ser feita a dois níveis: por um lado, pelo cruzamento/junção dos dados obtidos que estavam de acordo com os objectivos da pesquisa (diferentes procedimentos), por outro lado, por uma análise mais ampla, integrando as análises parciais.

Apresentação dos Resultados – Os resultados podem ser apresentados sob a forma de relatório. A apresentação dos resultados do inquérito à comunidade pode assumir diferentes formas.

Neste estudo os instrumentos de colheita de dados, serão constituídos por questões fechadas, com perguntas formuladas de forma simples, não se prestando a respostas imprecisas, e preparado para o auto-preenchimento pelos militares. Houve preocupação no que concerne ao “layout” dos questionários, o qual é apresentado através de uma nota introdutória, explicando aos inquiridos o objectivo do estudo e, indicando o responsável pela investigação, seguido das instruções de preenchimento e por fim um agradecimento ao respondente pela colaboração prestada.

I Parte – AUDIT - Dados referentes ao consumo de bebidas alcoólicas:

II Parte – CAGE - Dados referentes ao consumo abusivo de álcool:

III Parte – Dados referentes ao consumo de tabaco, extraídos do Inquérito Nacional de Saúde.

IV Parte – Parâmetros sociodemográficos, para caracterização da população militar.

Nenhum método de avaliação do consumo de álcool e de tabaco é perfeito. Existem certos erros inerentes que não podem ser evitados, sem afectar a metodologia utilizada. Uma das limitações mais importantes dos inquéritos é o facto de muitas pessoas não relatarem de forma correcta o seu consumo. Existe evidência de que os inquiridos que mais consomem e são considerados bebedores excessivos são susceptíveis de subestimar deliberadamente o seu consumo de bebidas alcoólicas. Em geral, parece existir tendência para as pessoas reportarem menos do que na realidade consomem, sendo essa atitude mais marcada nas pessoas que consomem mais.

A exigência de precisão conduz à necessidade de testar os instrumentos de avaliação antes da sua administração. Para nos assegurarmos da qualidade das respostas e da razoabilidade da sua ordenação, e para tentar garantir que as respostas correspondem à informação pretendida, será necessário aplicar o questionário a uma amostra reduzida. Esta é, em termos de estrutura, homóloga da amostra final do estudo. Será a Força Nacional Destacada que vai desempenhar a missão no Teatro de Operações do Líbano.

O investigador preencherá o seu próprio questionário, para avaliar o grau de dificuldade das perguntas, prosseguindo de uma pequena amostra seleccionada. O preenchimento do questionário deve ter-se em conta alguns aspectos relevantes como: o sentido da pergunta, dificuldade em responder, interesse e atenção de quem responde, fluxo do questionário (ordem lógica e bem encadeado) e padrões de não preenchimento.

AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) - Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool

A OMS criou, em 1989, um questionário com este objectivo, o AUDIT, que foi validado em vários países, incluindo Portugal (Cunha, 2002). O questionário foi construído de forma a ser adequado aos Cuidados de Saúde Primários, permitindo detectar níveis variado de consumo, desde o consumo de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada.

As perguntas 1 a 8 do questionário permitem respostas expressas numa escala de 0 a 4 pontos e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. A utilização do AUDIT original demonstrou ter uma sensibilidade de 97% e uma especificidade de 78% para consumo de risco e uma sensibilidade de 85% e especificidade de 85% para consumo nocivo quando um ponto de corte (*cut-off*) de maior ou igual a oito (Saunders *et al*, 1993 citado por Gomes, 2010).

O AUDIT teve boa capacidade de discriminação numa variedade de contextos, mas é mais adequado para a detecção de consumidores de risco e nocivo e está essencialmente direccionado para os Cuidados de Saúde Primários. Investigações e estudos realizados sobre o consumo de álcool, foram desenvolvidos em diversos países e culturas. Apesar da evidência em mulheres ser reduzida, o AUDIT é apropriado para ambos os géneros (Cherpitel, 1995 citado por Gomes, 2010). Em comparação com outros testes, o AUDIT foi considerado o mais fiável. As pontuações do AUDIT correlacionam bem com dimensões que têm que ver com consequências do consumo de bebidas alcoólicas, atitudes com consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica (Gomes, 2010).

O Questionário AUDIT foi validado em Portugal por Jorge Roque da Cunha, num trabalho intitulado “Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool”, que correspondeu a um estudo de validação de instrumento de medida. Nesse estudo, as versões em língua inglesa dos Questionários AUDIT e *Five-Shot* foram traduzidas para a língua portuguesa. Foi avaliada a coerência interna – *Alpha de Cronbach* – e a estabilidade

temporal pela técnica do teste-reteste. Para a validade de critério utilizou-se, como *golden standard*, a entrevista estruturada seguindo a metodologia proposta na versão inglesa da *Composit International Clinical Interview* – CIDI da OMS, assim como a avaliação clínica efectuada que se designou por “diagnóstico clínico”. O AUDIT apresentou um *alpha de Cronbach* de 0,72; o *Five-Shot* obteve, por sua vez, um *alpha de Cronbach* de 0,54. Foi encontrada correlação forte na avaliação da estabilidade temporal (segundo o método teste-reteste: $r_s = 0,92$ para o AUDIT e $r_s = 0,89$ para o *Five-Shot*).

Foi ainda encontrada associação significativa entre o diagnóstico resultante da aplicação do AUDIT com o “diagnóstico clínico”, com um coeficiente Kappa de 0,58 e associação significativa entre o diagnóstico resultante da aplicação do *Five-Shot* com o “diagnóstico clínico”, embora com uma concordância de diagnóstico ligeiramente inferior à encontrada para o AUDIT (Kappa = 0,56). O AUDIT mostrou ser um instrumento adequado para a identificação de indivíduos com consumo excessivo de álcool na população estudada. Para além das boas qualidades psicométricas demonstradas no estudo, o instrumento é fácil de aplicar (preenchimento rápido) bem como de cotar e interpretar. O *Five-Shot* apresentou resultados inferiores, ainda que aceitáveis.

Pode concluir-se que a versão portuguesa do AUDIT é a mais adequada para a identificação de doentes com consumo excessivo de álcool (Gomes, 2010).

Os militares que participarem no estudo serão abordados no sentido de preencher o AUDIT e ser-lhe-á solicitado o consentimento informado para todos os passos da sua participação, assim como garantida a confidencialidade dos dados.

Frequência de consumo de bebidas alcoólicas – Variável operacionalizada na frequência de bebidas alcoólicas consumidas por período de tempo, de acordo com as opções: nunca (não consumidor – 0 pontos), uma vez por mês ou menos (1 ponto), duas a quatro vezes por mês (2 pontos), duas a três vezes por semana (3 pontos) e quatro ou mais vezes por semana (4 pontos).

Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas por dia – Variável operacionalizada na frequência de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal, de acordo com as opções: uma ou duas (0 pontos), três ou quatro (1 ponto), cinco ou seis (2 pontos), de sete a nove (3 pontos) e dez ou mais (4 pontos).

Frequência de consumo de seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (binge drinking) – Variável operacionalizada na frequência da prática de binge drinking, de acordo com as opções: nunca (0 pontos), menos de uma vez por mês (1 ponto), pelo menos uma vez por mês (2 pontos), pelo menos uma vez por semana (3 pontos) e diariamente ou quase diariamente (4 pontos).

Frequência da dificuldade de parar de consumir bebidas alcoólicas depois de começar – Variável operacionalizada na frequência de ocasiões em que o consumidor teve dificuldade em parar de beber depois do início de consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com as opções: nunca (0 pontos), menos de uma vez por mês (1 ponto), pelo menos uma vez por mês (2 pontos), pelo menos uma vez por semana (3 pontos) e diariamente ou quase diariamente (4 pontos).

Frequência do incumprimento de tarefas habitualmente exigidas, devido ao consumo de bebidas alcoólicas – Variável operacionalizada na frequência de ocasiões em que o consumidor não cumpriu tarefas que habitualmente lhe exigem por ter consumido bebidas alcoólicas, de acordo com as opções: nunca (0 pontos), menos de uma vez por mês (1 ponto), pelo menos uma vez por mês (2 pontos), pelo menos uma vez por semana (3 pontos) e diariamente ou quase diariamente (4 pontos).

Frequência do consumo de bebidas alcoólicas logo de manhã para “curar” uma ressaca – Variável operacionalizada na frequência de ocasiões em que o consumidor bebeu logo de manhã para “curar” uma ressaca, de acordo com as opções: nunca (0 pontos), menos de uma vez por mês (1 ponto), pelo menos uma vez por mês (2 pontos), pelo menos uma vez por semana (3 pontos) e diariamente ou quase diariamente (4 pontos).

Frequência de sentimentos de culpa ou remorsos por ter consumido bebidas alcoólicas – Variável operacionalizada na frequência de ocasiões em que o consumidor sentiu culpa ou remorsos por ter consumido bebidas alcoólicas, de acordo com as opções: nunca (0 pontos), menos de uma vez por mês (1 ponto), pelo menos uma vez por mês (2 pontos), pelo menos uma vez por semana (3 pontos) e diariamente ou quase diariamente (4 pontos).

Frequência de ocasiões em que o consumidor não se lembrou do que aconteceu na noite anterior devido ao consumo de bebidas alcoólicas – Variável operacionalizada na frequência de ocasiões em que o consumidor não se lembrou do que aconteceu na noite anterior devido ao consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com as opções: nunca (0 pontos), menos de uma vez por mês (1 ponto), pelo menos uma vez por mês (2 pontos), pelo menos uma vez por semana (3 pontos) e diariamente ou quase diariamente (4 pontos).

Ferimento físico (pessoal ou de terceiros) devido ao consumo de bebidas alcoólicas – Variável operacionalizada no acontecimento de ferimento físico (pessoal ou de terceiros) devido ao consumo de bebidas alcoólicas, de acordo com as opções: não (0 pontos), sim, mas não nos últimos 12 meses (2 pontos) e sim, aconteceu nos últimos 12 meses (4 pontos).

Manifestação de preocupação pelo consumo de bebidas alcoólicas ou sugestão para parar o consumo por parte de familiar, amigo, médico ou profissional de saúde – Variável operacionalizada na preocupação pelo consumo de bebidas alcoólicas ou sugestão de paragem de consumo por parte de familiar, amigo, médico ou profissional de saúde, de acordo com as opções: não (0 pontos), sim, mas não nos últimos 12 meses (2 pontos) e sim, aconteceu nos últimos 12 meses (4 pontos).

Questionário CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation)

Este instrumento é constituído por quatro questões, e pretende identificar as pessoas que alguma vez foram dependentes de álcool, sendo especialmente útil para detectar a dependência em ambiente hospitalar. Tem uma sensibilidade entre 61% e os 100% e uma especificidade entre os 77% e os 96%, sendo os valores mais baixos relativos à sua aplicação nos Cuidados de Saúde Primários. Atribui-se um ponto a cada resposta positiva. Um resultado superior a dois indica provável consumo excessivo de álcool, nomeadamente dependência.

O questionário CAGE foi também utilizado para detectar consumos de risco, consumo nocivo e dependência em Cuidados de Saúde Primários. As quatro questões do CAGE demonstraram ter uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 95% para um *cut-off* igual ou superior a 2 respostas positivas, para consumos iguais ou superior a 64g de álcool por dia. Utilizando o mesmo critério para uma pontuação positiva, este questionário tem uma sensibilidade de 14% e uma especificidade de 97% para detectar consumos de risco (de acordo com os critérios do *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*).

O questionário CAGE tem uma sensibilidade entre 49% e 69% e uma especificidade entre 75% e 95% na detecção de doentes com consumos marcados. Um questionário do CAGE ampliado que inclui 4 questões do CAGE, as 2 de quantidade e frequência do AUDIT e uma questão orientada para a história de problemas com a bebida, tinha uma sensibilidade de 65% e uma especificidade de 74% (Gomes, 2010).

O consumo de risco e nocivo de álcool pode ser identificado através de instrumentos de detecção, questionários que podem ser auto-preenchidos ou cujas questões podem ser colocadas pelo profissional de saúde. Sendo instrumentos que colaboram no diagnóstico, os questionários breves sobre consumo de álcool são dirigidos a pessoas que potencialmente poderão ter o problema – consumo nocivo ou dependência – e visam a identificação dos indivíduos que efectivamente o têm.

A investigação tem demonstrado que alguns questionários detectam cerca do dobro dos consumidores excessivos do que os que são diagnosticados nas consultas médicas de rotina e três vezes mais dos revelados por algumas provas laboratoriais, como a GGT (Gama glutamil transpetidase), TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), fosfatase alcalina e a deficiência hidratos de carbono e transferrina (Gomes, 2010). A identificação do tipo de consumos é fundamental já que está demonstrado que se os consumidores excessivos forem sujeitos a Intervenções Breves ou aceitarem um plano de tratamento reduzem os níveis de consumo, sendo tanto mais eficazes quanto mais cedo for iniciada a intervenção clínica (Gomes, 2010).

Neste estudo serão utilizados dois instrumentos de colheita de dados para o consumo de álcool (AUDIT e CAGE), em virtude do AUDIT permitir medir níveis de estratificação de risco, enquanto que o CAGE, permite fundamentar o diagnóstico de dependência alcoólica. Deste modo utilizando dois instrumentos permite uma melhor discriminação, caso haja dependência, assim como de certo modo assegurar a fiabilidade das respostas.

Instrumento de colheita de dados, referente ao consumo de tabaco.

As questões referentes ao consumo de tabaco são extraídas do Inquérito Nacional de Saúde, a fim elencá-los de modo a poder efectuar a comparabilidade dos dados colhidos com a população portuguesa. As questões são: Se fuma ou não fuma, ou se é fumador ocasional, tal como da mesma forma em relação às duas últimas semanas. No caso de ser fumador, o que fuma habitualmente e quantos cigarros são consumidos por dia e há quantos anos fuma. Comparar os consumos de tabaco em relação aos últimos dois anos, se fuma menos, o mesmo, ou mais que actualmente. Se presentemente fuma mais, com que idade iniciou o consumo de tabaco (para permitir avaliar o grau de dependência). Caso seja ex-fumador, há quantos anos deixou de fumar.

Instrumento de colheita de dados socio demográficos

No que concerne aos dados socio demográficos é questionado sobre a idade, género, ramo das Forças Armadas ou Força de Segurança a que pertence. A classe a que pertence, o tempo de exercício profissional e o estado civil.

	AUDIT	CAGE	Questões tabaco INS	Parâmetros Sociodemográficos
T1 Pré deslocamento	X	X	X	X
T2 Deslocamento	X	X	X	
T3 Pós deslocamento	X	X	X	

6.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Num mundo globalizado e em constante mudança científico/técnico há que estar atento à legitimidade e preservação dos Direitos Universais do Homem, com especial relevo no campo da saúde. Neste contexto, a reflexão ética pode ajudar-nos a encontrar soluções para muitos dos dilemas com que nos confrontamos na sociedade actual, também ao nível da saúde.

Apesar da publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, a 10 de Dezembro de 1948, e dos actuais apelos ao respeito pelos direitos da Pessoa, estes estão ainda longe de serem atingidos, nomeadamente no que respeita à preservação da sua individualidade, o respeito pela autonomia, na tomada de decisão e da sua privacidade.

A Deliberação nº 227/2007, de 10 de Maio, chama à atenção para os princípios da transparência e do direito à informação. Foi nossa preocupação o respeito pelo direito à informação, assegurado a cada um dos participantes, pois o modo ético de agir, como defende Oliveira (2005), advém do desejo distinto da ética. Seguindo este fio condutor, informar é um imperativo ético e um dever, como salienta Kant. Também Vazquez (2005) destaca a importância da ética na investigação científica e na explicitação das experiências humanas, para concluir que a moral é explicada pela ética. Para o autor, a ética é a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, sendo possível adoptar-se uma ética científica permeada por uma moral compatível com os conhecimentos científicos.

Informar é, portanto, um dever ético do investigador e um direito de todo o cidadão. A Declaração de Helsínquia de 1982 faz, também, referência ao dever de informar os seres humanos, relativamente aos objectivos da investigação, ao método, aos benefícios, potenciais riscos e liberdade de se abster na participação no estudo.

Por outro lado, salienta, ainda, no número 18, que o pesquisador, ao informar os participantes deve obter o consentimento livre e preferencialmente por escrito.

O respeito pelos princípios éticos, contemplados na Deliberação Nº 227/2007, de 10 de Maio, aplicar-se-ão, também, ao tratamento dos dados pessoais efectuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde. O respeito pela pessoa nunca deverá ser posto em causa. O consentimento é imprescindível e cada indivíduo deve ser atempadamente informado de que poderá aderir ou recusar a sua participação, inicialmente ou a qualquer momento do estudo.

6.6 - PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Os resultados dos questionários vão ser recolhidos pelo investigador e os dados serão introduzidos e analisados com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17, a partir do qual se efectuará a análise de dados.

Recorrer-se-á a estatística descritiva clássica para tipos de **estudos quantitativos**, através de medidas de tendência central (média, mediana, moda, percentis),

medidas de dispersão (mínimo e máximo, variância, desvio-padrão, coeficiente de variação, intervalo de variação, amplitude inter-quartis).

No momento T1, para a comparação dos consumos dos militares com a população em geral (população com ADM), serão utilizados testes para amostras independentes, nomeadamente os testes t-Student relativos a médias. Para comparar os consumos entre os diferentes momentos (T1, T2 e T3) aplicar-se-ão testes para amostras emparelhadas: e as médias dos consumos serão comparadas através do teste de ANOVA de medições repetidas.

Caso não sejam verificadas as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos (ex. não normalidade das distribuições), serão aplicados os respectivos testes não paramétricos Wilcoxon-Mann-Whitney (2 amostras) e ANOVA de Friedman (3 ou mais amostras) para comparação dos consumos.

Para caracterizar as correlações entre as variáveis serão utilizados o coeficiente de correlação Pearson (ex. entre consumos), desde que as variáveis sigam uma distribuição Normal (aferida através do teste de Kolmogorov-Smirnov), o coeficiente de Spearman (não paramétrico, quando não existem condições de aplicação do Pearson) ou teste de independência do Qui-quadrado (adequado quando pelo menos uma das variáveis é nominal).

Serão calculados os odds ratio, para a quantificação dos impactos dos factores sexo e idade, nos padrões de consumo (Maroco, 2007). Será utilizado na análise inferencial um nível de significância de 5%.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução paradigmática no domínio da saúde, através de uma abordagem mais multifactorial e probabilística, denominada por salutogénese, que segundo Frاسquillo (1998) este novo paradigma, ultrapassa a antiga dicotomia saúde-doença. Para Antonovsky (1984) criador deste novo paradigma estabelece que a saúde é um *continuum* entre dois polos conceptuais: o total bem-estar, tradicionalmente o equivalente a saúde, e a total doença. Ambos não existem na realidade, uma vez que mesmo numa pessoa com uma doença grave existe partes dela que permanecem saudáveis. Ao contrário da posição tradicional, por ele denominado pensamento patogénico, este autor considera que todos os organismos tendem para o caos, que os riscos são ubíquos, de múltiplas origens e impossíveis de eliminar totalmente. Assim, o correcto seria criar condições para que a população se posicione neste *continuum* mais próximos do polo abstracto saúde, através da aprendizagem e actualização permanente de formas eficazes de lidarem com as diferentes crises da vida. Desta forma, o paradigma salutogénico integra e dá significado ao conceito da promoção da saúde.

De acordo com Perry e Jessor (1985) citado por Frاسquillo (1988) “na promoção da saúde ao nível dos indivíduos existem duas estratégias principais e complementares: as que se orientam para a redução e eliminação de comportamentos capazes de comprometerem a saúde e as que estão vocacionadas para introduzir, e reforçar todo o conjunto de comportamentos que aumentem os níveis de saúde”.

Para Green (1984) há que considerar três conjuntos de factores que influenciam o comportamento de saúde e que podem efectivamente ser modificados pelas intervenções educacionais: os factores predisponentes, relacionados com o sujeito (valores, crenças, atitudes, percepções, informação, motivação), os capacitantes (conhecimento, competências) e os factores de reforço, de natureza contextual (representações sociais, normas comportamentais, atitudes grupais).

Stainbrook e Green (1982), demonstraram que os programas de educação mais eficazes são os que combinam experiências de aprendizagem dirigidas aos três grupos de factores supracitados, baseados num prévio diagnóstico educacional das variáveis predominantes em cada categoria.

O presente estudo através da compilação e da análise de um conjunto substancial de trabalhos de investigação científica internacional, sobre o fenómeno de consumo de substâncias psicoactivas (álcool e tabaco), pretenderá compreender a dimensão do consumo de álcool e tabaco no seio das Forças Armadas.

No que concerne à validade externa do estudo, assim como a garantia em termos metodológicos, nomeadamente, a definição e características da amostra a utilizar no estudo, será necessário ter em consideração que serão, apenas, estudados dois teatros de operações, do Afeganistão e do Kosovo, pelo que não devem ser feitas generalizações antes de serem conhecidas as suas características. A metodologia utilizada neste trabalho poderá ser aplicada a outros contextos, desde que seja verificado o desenho do estudo.

Gostaríamos de salientar, ainda, que o trabalho desenvolvido nos permitiu aprofundar conhecimentos nestas duas áreas: consumo de álcool e tabaco, a nível do mundo, do país e no contexto das Forças Armadas. Apesar das dificuldades encontradas, nomeadamente, a falta de estudos científicos realizados em Portugal ficamos com uma visão global que nos permitirá dar continuidade, no futuro, ao estudo.

8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo reflecte algumas limitações, relacionadas, nomeadamente com o facto de termos impedidos de realizar o trabalho empírico, no contexto das Forças Armadas, como tínhamos inicialmente planeado. Esse aspecto não permite conseguir antecipar algumas dificuldades que poderiam surgir. No entanto, tencionamos concorrer ao Centro de Investigação da Academia Militar (CINAMIL) de modo a dar persecução ao estudo.

Resposta de conveniência - Existe evidência de que os inquiridos que mais consomem e são considerados bebedores excessivos são susceptíveis de subestimar deliberadamente o seu consumo de bebidas alcoólicas. Em geral, parece existir tendência para as pessoas reportarem menos do que na realidade consomem, sendo essa atitude mais marcada nas pessoas que bebem mais.

Temos consciência que não foi fácil a realização deste estudo, das não só as condicionantes anteriormente referidas, mas acrescentando-lhe, ainda, a nossa inexperiência como investigador. No entanto, a motivação pessoal e a força dos amigos, ajudou-nos a ultrapassar os obstáculos e a vencer os momentos de algum desânimo. Ao chegar ao fim deste percurso, verificamos que valeu a pena ter investido considerando esta experiência de trabalho muito gratificante e enriquecedora a nível de aprofundamento de conhecimentos.

9 – NOVAS LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA TRABALHOS FUTUROS

Conforme referimos anteriormente, perspectivamos dar continuidade ao estudo no futuro. A próxima etapa será criar uma parceria entre o Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE) e a Escola do Serviço de Saúde Militar (ESSM), no sentido de concorrer ao projecto de estudos científicos de âmbito militar da Academia Militar (CINAMIL) para a concretização do trabalho empírico.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, A. ; NUNES, C. – Estatística e probabilidades: aplicação e soluções em SPSS. Lisboa: Escolar Editora, 2010.

ALLISON-AIPA, T. S. *et al.* – The impact of deployment on the psychological health status, level of alcohol consumption, and use of psychological health resources of postdeploy U.S. Army reserve soldiers. **Military Medicine**. 175 : 9 (2010) 630-637.

American Psychiatric Association – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV – 4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores, 1996.

ANDERSON, P.; BAUMBERG B. – Alcohol in Europe: a public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.

ANDRADE, M. – O prazer de não fumar: como dizer sim à vida. Porto: Porto Editora, 1990.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL - Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra : Commonwealth of Australia, 2009.

AVIADO, D. M. – Health issues relating to passive smoking. In: Tollison, R.D., ed.lit. – Smoking and society. Toronto: Lexington Books, 1986. 137-165.

BABOR, T - Álcool: Bem de consumo sui generis. **Revista Toxicodependências**. 15:1 (2009) 76-83.

BALSA, C. ed. lit. – Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. 2001.

BALSA, C. *et al.* – II Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. 2007.

BARCLAY, L.L. – Alcohol-related neurologic disease. In: Olendorf, D., *et. al.*, ed. lit. - The Gale Encyclopedia of Medicine. 5 volumes. Detroit : Thomson Gale, 1999.

BARTONE, P. T. – A experiência IFOR Americana: “stressores” psicológicos no início do deslocamento. **Revista de Psicologia Militar**. 10 (1997) 101-109.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. – Epidemiologia Básica. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.

BELL, N. S. *et al.* – The reliability and validity of the Self-Reported Drinking Measures in the Army’s Health Risk Appraisal Survey. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. 27: 5 (2003) 826-834.

BLEIER, J. *et al.* – Risk of adverse health outcomes associated with frequency and duration of deployment with the Australian Defense Force. **Military Medicine**. 176 : 2 (2011) 139-146.

BOOS, C. J.; CROFT, A. M. – Smoking rates in the staff of a military field hospital before and after wartime deployment. **Journal of the Royal Society of Medicine**. 97 (2004) 20-22.

BORGES, M. *et al.* – Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. 15 : 6 (2009) 951-960.

BOTVIN, G.; KANTOR, L. – Preventing alcohol and tabaco use through life skills training, Alcohol Research & Health. 24 (2000). 250-257.

BREDA, J. J. R. S. – Problemas ligados ao álcool: contributos para uma estratégia compreensiva. Porto. 2010. Dissertação de Doutoramento.

CARMO, H. ; FERREIRA, M. M. - Metodologia da investigação : guia para auto-aprendizagem. 2ª ed. Lisboa : Universidade Aberta, 2008.

CUCCIARE, M. A.; DARROW, M.; WEINGARDT, K. R. – Characterizing binge drinking among U.S. military Veterans receiving a brief alcohol intervention. **Addictive Behaviors**. 36 (2011) 362-367.

CUNHA, J.R. – Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. 2002. (Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul).

DEERY, H.A. ; LOVE, A.W. – The effect of a moderate dose of alcohol on the traffic hazard perception profile of young drink-drivers. **Addiction**. 91:6 (1996) 815-827.

DIAMOND, I. ; MESSING, R. O. - Neurologic effects of alcoholism. **Western Journal of Medicine**. 161 (1994) 279-287.

DIAS, M. C.; VIEIRA, S. A.; NETO, D. – Evolução do consumo de bebidas alcoólicas e de etanol em Portugal Continental: dados dos inquéritos nacionais de saúde 1987,1996,1999. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2003.

DUBOWSKI, K. M. - Alcohol determination in the clinical laboratory. **American Journal of Clinical Pathology**. 74 : 5 (1980)747-750.

EUROPEAN COMMISSION – The European Commission's communication on alcohol, and the WHO framework for alcohol policy: analysis to guide development of national alcohol action plans. Brussels: European Commission, 2010.

FEAR, N.T., WESSELY, S. - Combat exposure increases risk of alcohol misuse in military personnel following deployment. **Evidence-Based Mental Health**. 12: 2 (2009) 60.

FEIJÃO, F. – Aspectos epidemiológicos do uso das drogas. In: CUNHA FILHO, H; FERREIRA-BORGES Usos , abusos e dependências: Alcoolismo e toxicodependências. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2004.

FEIJÃO, F.; LAVADO, E.- Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2001: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma visão integrada. Lisboa: IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência, 2003.

FELKER, B. *et al.* – Characteristics of deployed operation Iraqi freedom military personnel who seek mental health care. **Military Medicine**. 173 : 2 (2008) 155-158.

FERNANDEZ, W. G.; HARTMAN, R.; OLSHAKER, J. – Brief interventions to reduce harmful alcohol use among military personnel : lessons learned from the civilian experience. **Military Medicine**. 171 : 6 (2006) 538-543.

FLEMING, M. – Família e toxicodependência. Porto: Edições afrontamento, 1995.

FLORES, J. C. L. M. – Cómo prevenir el consumo de tabaco y alcohol: Guia didáctica para professores. Madrid: Editorial Escuela Española, 1998.

FORTIN, M.F. - O processo de investigação : da concepção à realização. Loures: Lusodidacta, 2000.

FRASQUILHO, M. A. – Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde: Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 16: 1 (1998) 13-20.

GAMEIRO, A. – Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: 1985, 1991, 1997. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 1998.

GARDNER, L. I. – Substance abuse in military personnel: better or worse? **American Journal of Public Health**. 81 : 7 (1991) 837-838.

GOMES, C.M.P.R. – A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool : detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. Lisboa : Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, 2010. Tese de Doutoramento em Medicina.

GOODWIN, D. – Alcoholism: the facts. New York: Oxford University Press, 2000.

GRAHAM, K. - Should alcohol consumption measures be adjusted for gender differences? **Addiction**. 93 : 8 (1998) 1137-1147.

HALLER, R. G. - Alcoholism and neurologic disorders. In: ROSENBERG, R. N. - Neurology : the science and practice of clinical medicine. Volume 5. New York, NY : Grune & Stratton, 1980. 659-588.

HALLSTROM, C. ; MCCLURE, N.; Matos, E. trad. - Ansiedade e depressão : perguntas e respostas. Lisboa : Climepsi, 2000. Título original: Anxiety and depression : your questions answered.

HAMMERSLEY, R. ; FRANCES FINNIGAN, F. ; MILLAR, K. - Alcohol placebos: you can only fool some of the people all of the time. **British Journal of Addiction**. 87 : 10 (1992) 1477-1480.

HARISON, P.; FULKERSON, J.; PARCK, E. – The relative importance of social versus commercial sources in youth access to tobacco, alcohol and other drugs. Preventive Medicine. 31, 2000.

HILL, M. ; HILL, A. – Investigação por questionário. Lisboa : Edições Sílabo, 2002.

JACOBSON, I. G. *et al.* – Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment. **JAMA**. 300 : 6 (2008) 663-675.

JONES, N. *et al.* – Long-term military work outcomes in soldiers who became mental health casualties when deployed on operations. **Psychiatry**. 73 : 4 (2010) 352-364.

KRUGMAN, D. *et al.* – Understanding the role of cigarette promotion and youth smoking in a changing marketing environment. **Journal of Health Communication**. 10, 261-278. (2005) 261-278.

LAURENCE, M.D.; SNORTUM, J.R.; ZIMRING, F.E., ed. lit. - Social control of the drinking driver. Chicago, IL : University of Chicago Press, 1988. (Studies in Crime and Justice).

LEI n.º 37/2007. D.R. Iª Série. 156 (2007-08-14) – 5277-5285 - Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

LEI n.º 1/2002. D.R. Iª Série-A.1 (2002-01-02) 2 - Primeira alteração, por apreciação parlamentar, do Decreto-Lei n.º 265-A/2001 de 28 de Setembro, que altera os Decretos-Leis n.os 114/94, de 3 de Maio, e 2/98, de 3 de Janeiro, bem como o Código da Estrada, e revoga os Decretos-Leis n.os 162/2001, de 22 de Maio, e 178-A/2001, de 12 de Junho. Cria uma comissão de acompanhamento e avaliação, que deverá exercer a sua acção relativamente : a) Causas das infracções e acidentes com especial incidência sobre a alcoolemia; b) Eficácia das medidas preventivas.

LEI n.º 18/2007. D.R. Iª Série. 95 (2007-05-17) 3357-3360 - Aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas.

LEI n.º 3/82. D.R. Iª Série. 73 (1982-03-29) – 691-693 - Condução automóvel sob a influência do álcool.

LEITE, E.S.; UVA, A.S. - Stress relacionado com o trabalho. **Saúde & Trabalho**. 6 (2007) 25-42.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra. Edições Almedina. 2010.

MANN, R.E.; ANGLIN, L. - The relationship between alcohol-related traffic fatalities and per capita consumption of alcohol, Ontario, 1957-1983. **Accident, Analysis and Prevention**. 20 : 6 (1988) 441-446.

MANSFIELD, A. J. *et al.* – Deployment and the use of mental health services among U.S. army wives. **The New England Journal of Medicine**. 32 : 2 (2010) 101-109.

MAROCO, J. – Análise estatística: com utilização do SPSS. Lisboa. Edições Sílabo. Lda. 2007.

MARQUES, P. M. *et al.* – Stresse, coping e incidentes críticos no control de tráfego aéreo (CTA) militar: caracterização e estratégias de intervenção. **Revista de Psicologia Militar**. 17 (2007/2008). 133-152.

MELLO, M. L. M.; BARRIAS, J. C.; BREDÁ, J. J. – Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. 2001.

MILAM, J.; KETCHAM, K. – Alcoolismo: Os mitos e a realidade. São Paulo: Nobel, 1991.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DGV – Folheto sobre os efeitos do consumo de álcool na condução. Lisboa: Observatório de Segurança Rodoviária. Direcção Geral de Viação, 2002.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA. DIRECÇÃO-GERAL DE VIAÇÃO - Sinistralidade rodoviária 2004: elementos estatísticos. Lisboa: Observatório de Segurança Rodoviária. DGV, Maio 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde: 2004-2010. 2 vol. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2004. Vol. 1: Prioridades. Vol. 2: Orientações estratégicas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE; NOGUEIRA, P.J., coord., et. al. – INFOTABAC Relatório: primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do Tabaco. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - 4º Inquérito nacional de saúde, 2005/2006: principais indicadores. Lisboa: INE: 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE - Inquérito nacional de saúde, 1995/1996: dados gerais. Lisboa: INSA: 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE - Inquérito nacional de saúde, 1998/1999: dados gerais. Lisboa: INSA: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – European school survey Project on alcohol and drugs (ESPAD). Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, 2001.

MOLLER, L.; MATIC, S., ed. lit. – Best practice in estimating the costs of alcohol : recommendations for future studies. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.

MOLLER, L.; MATIC, S., ed. lit. – The European Commission's Communication on alcohol, and the WHO framework for alcohol policy : analysis to guide development of national alcohol action plans. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.

MOMMERSTEEG, P. M. C. *et al.* – Type D personality, temperament, and mental health in military personnel awaiting deployment. **International Journal of Behavioral Medicine**. 18 : 2 (2010) 131-138.

MOREIRA, A. – Terrorismo. Coimbra. Livraria Almedina. 2004.

MOUSSAS, G. *et al.* – Alcohol use and abuse in training conscripts of the Hellenic navy. **Annals of General Psychiatry**. 5 (2006) doi:10.1186/1744-859X-5-21.

NEGREIROS, J. N. C. – Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica. 1991.

NUNES, E. *et al.* – Cessação tabágica: programa tipo de actuação. Direcção-Geral da Saúde. Gradiva. 2007.

NUNES, E. – Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 22. (2006) 225-244.

OIT – Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: uma evolução para a prevenção. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2003.

OLIVEIRA, J.S – Notas para pensar a ética, educação e a escola. Hintellectus. **Revista Académica Digital das Faculdades UNOPEC**, Sumaré, S. Paulo: 2 : 4. 2005.

OMS – Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 : plan de medidas MPOWER : Sin humo y con vida. Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2009.

OMS – Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009 : consecución de ambientes libres de humo de tabaco. Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2010.

PAIVA *et al.* – O militar português em missões de paz: factores humanos no pré e no pós-deslocamento. **Revista de Psicologia Militar**. 10 (1997) 35- 55.

PORTARIA n.º 1006/98. D.R. Iª Série-B. 277 (1998-11-30) 6626-6634 - Fixa os requisitos a que devem obedecer os analisadores quantitativos e o modo como se deve proceder à recolha, acondicionamento e expedição das amostras biológicas destinadas às análises toxicológicas para determinação da taxa de álcool no sangue e para confirmação da presença de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas.

POSTON, W. S. C. *et al.* – Smoking and deployment: perspectives of junior-enlisted U.S. air force and U.S. army personnel and their supervisors. **Military Medicine**. 173 : 5 (2008) 441-447.

PRECIOSO, J. A. G. – Não fumar é que está a dar. Lisboa: Instituto da Inovação Educacional, 1998.

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. - Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa : Gradiva, 1992.

REHFELDT, K. – Álcool e trabalho: Prevenção e administração do alcoolismo na empresa. São Paulo: EPU, 1989.

RODRIGUES, V.; CARVALHO, A.; CARVALHO, G. – Behaviour and health: a crossing-sectional study between a basic teaching school and a professional school, **Science Educational International**. 18, 131-138. (2007).

RONA, R. J. *et al.* – Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces : first phase of a cohort study. **BMJ**. 335 : 7620 (2007) doi: 10.1136/bmj.39274.585752.BE.

SANTOS, H – Estatística, base de dados e sistemas de informação. Lisboa: Ministério da Educação. Gabinete de Estudos e Planeamento. 1993.

SMITH, B *et al.* – Cigarette smoking and military deployment : a prospective evolution. **American Journal of Preventive Medicine**. 35 : 6 (2008) 539-546.

STAHRE, M. A. *et al.* – Binge drinking among U.S. active-duty military personal. **American Journal of Preventive Medicine**. 36 : 3 (2009) 208-217.

STEFFENSEN, F. H. *et al.* – Alcohol consumption and serum liver-derived enzymes in a Danish population aged 30-50 years. **International Journal of Epidemiology**. 26: 1 (1997).

STOPPARD, M. – A verdade acerca das drogas: desde o álcool e o tabaco até ao ecstasy e à heroína. Lisboa: Civilização Editora. 2000.

SURRADOR, A. – Stress e operações de apoio à paz: contributos para um projecto de intervenção psicossocial na Força Aérea. **Revista de Psicologia Militar**. 13 (2002) 145- 162.

TEKBAS, O. F. *et al.* – An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey. **Psychiatry Research**. 119 : 1/2 (2003) 155-162.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. OFFICE ON SMOKING AND HEALTH – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Rockville, MD : Office of Surgeon General. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2006.

[Consult. 20-10-2010]. Disponível em

http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. OFFICE ON SMOKING AND HEALTH – How tobacco smoke causes disease : the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Rockville, MD : Office of Surgeon General. Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2010.

[Consult. 20-10-2010]. Disponível em

http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmoke/report/full_report.pdf.

VAN DER STEL, J. – Manual de Prevenção: álcool, drogas e tabaco. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), 1998.

VASQUEZ, A. S. – Ética. 27ª ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2005.

VOLKOW. N. D. – Substance abuse among troops, veterans, and their families. **NIDA notes**. 22:5 (2009).

WHITE, D.; BUCKLEY, E.; HASSAN, J. – Literature review of the role of external contributors in school drug, alcohol and tobacco education. Nottingham: Staffordshire University, 2004.

WHO – BABOR et al – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 2^a ed. Geneva. World Health Organization, 2001.

WHO - Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm: Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2009.

WHO – Final report of the WHO meeting of National Counterparts for Alcohol Policy in the WHO European Region and the AMPHORA Expert meeting : 14-16 June 2010, Madrid, Spain. Copenhagen : Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010.

WHO – Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Copenhagen : Regional Office for Europe. World Health Organization, 2006.

WHO - Global status report on alcohol and health. Geneva : World Health Organization, 2011.

WHO - Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Geneva : World Health Organization, 1998. Versão traduzida do Questionário: *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*, desenvolvido pela OMS e pelo CDC (Centro de Controle de Doenças) da responsabilidade do Projecto: Tabagismo, prevenção & cessação.

WHO – Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva. World Health Organization, 1994.

WHO – Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoactivas: resumo. Geneva : World Health Organization, 2004.

WHO – The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. World Health Organization, 1992.

WHO.UNESCO – Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health promotion schools. Geneva: World Health Organization. UNESCO, 1998.

WILK, J. E. *et al.* – Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from Iraq war. **Drug and Alcohol Dependence**. 108 : 1/2 (2010) 115-121.

WILLIAMS, J. *et al.* – Mediating mechanisms of a military web-based alcohol intervention. **Drug and Alcohol Dependence**. 100 : 3 (2009) 248-257.

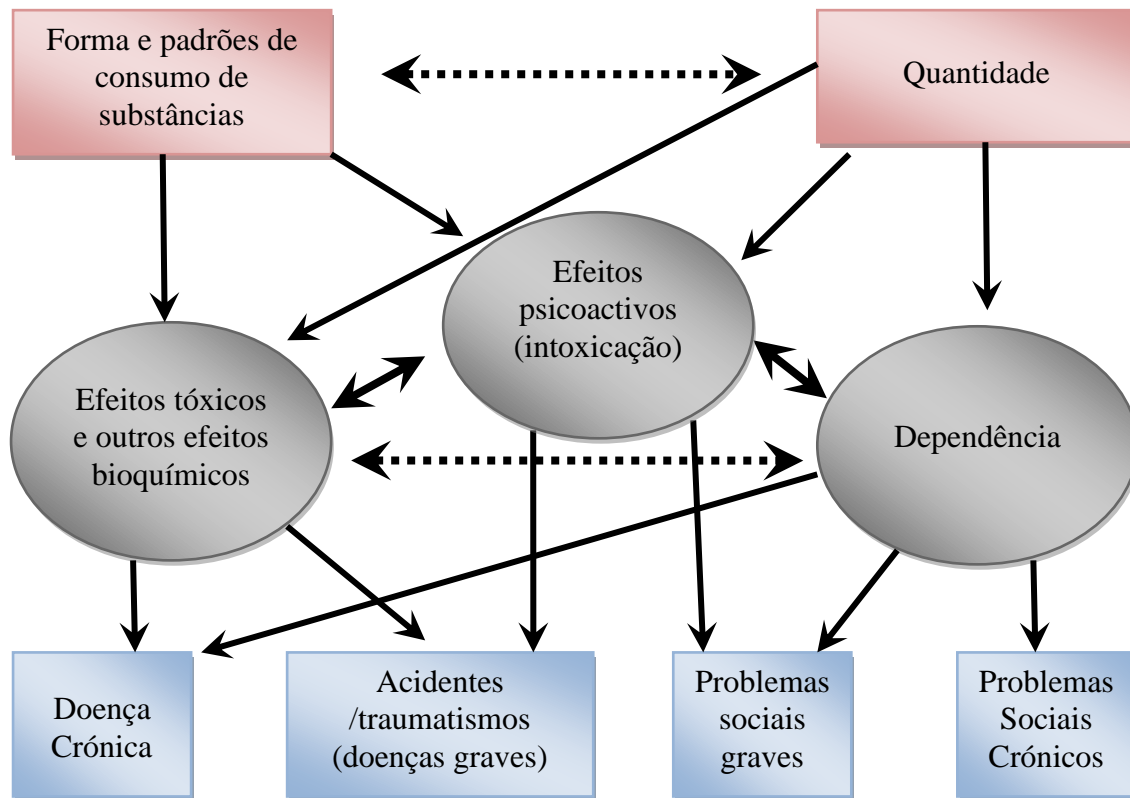
WILLIAMS, J. O.; BELL, N. S.; AMOROSO P. J. – Drinking and other risk taking behaviors of enlisted male soldiers in the US Army. **Work**. 18 : 2 (2002) 141-150.

ANEXOS

ANEXO I

Mecanismos relacionando o consumo de substâncias psicoactivas a problemas de saúde e sociais

Mecanismos relacionando o consumo de substâncias psicoativas a problemas de saúde e sociais



Fonte: BABOR, T. et al. (2003), No ordinary commodity: alcohol and public policy. Oxford, Oxford University Press. In WHO 2004.

ANEXO II

Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

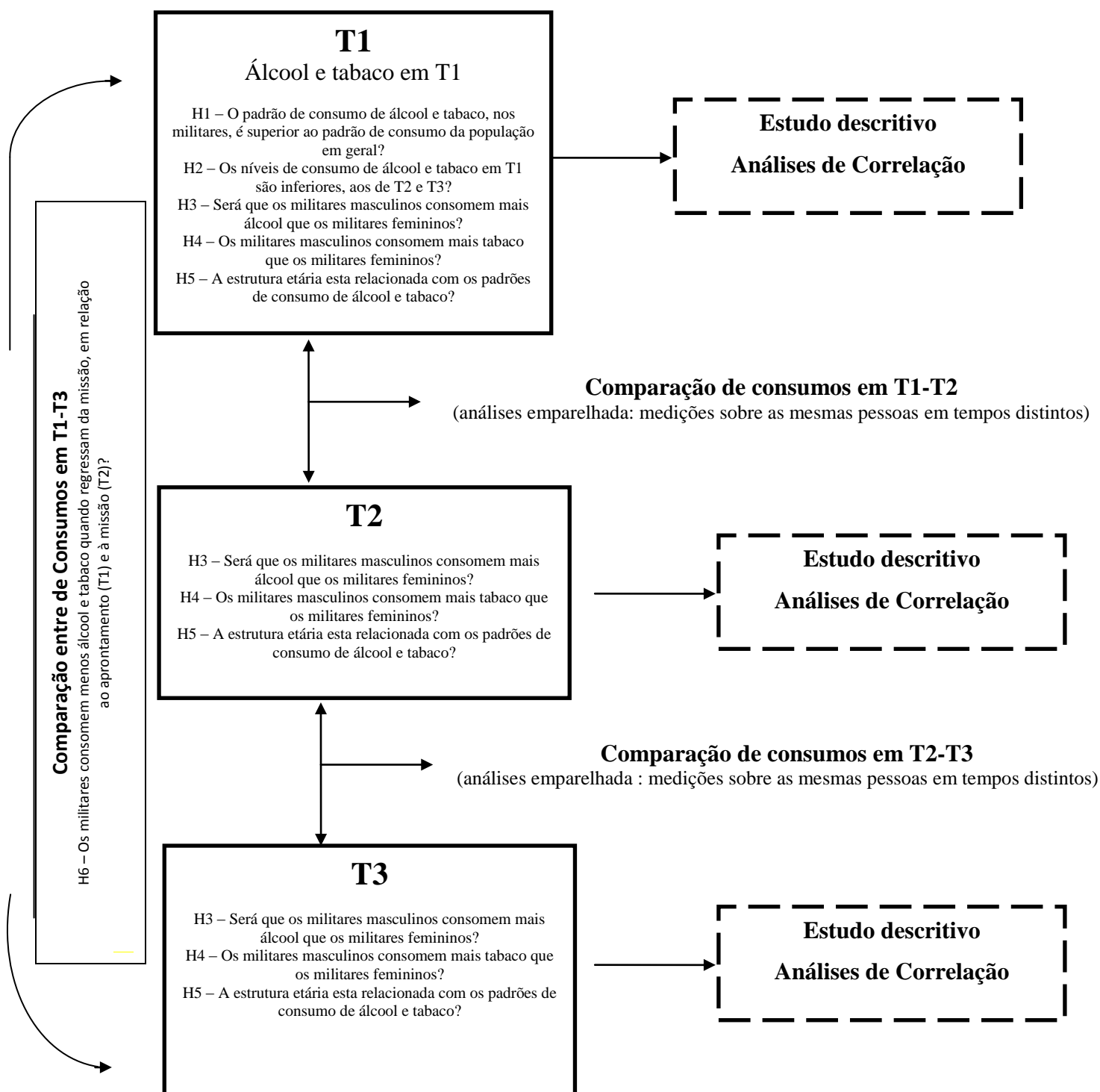
Meses	JAN12		FEV12		MAR12		ABR12		MAI12		JUN12		JUL12		AGO12		SET12		OUT12		NOV12		DEZ12	
Quinzenas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
AP-PROJ																								
SPAE																								
QUEST.																								
P.TESTE																								
AP.T1/T3																								
AP.T2																								
INS.DAD.																								
A.DADOS																								
CONC.																								

Legenda	
	AP-PROJ - Apresentação do Projecto
	SPAE- Abordagem ao SPAE e pedido de autorização ao Exmo Gen CEME
	QUEST. - Elaboração do Questionário
	P.TESTE - Pré-Teste e validação do questionário
	AP. T1 / T3 – Aplicação dos questionários em território nacional
	AP. T2 – Aplicação dos questionários no Teatro de Operações
	INS. DAD. – Inserção de dados no SPSS versão 17
	A.DADOS - Análise de Dados
	CONC. - Conclusão e apresentação do Relatório Final

ANEXO III

Fluxograma

Fluxograma



ANEXO IV

Plano Orçamental do estudo de investigação

PLANO ORÇAMENTAL DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

FASES DO ESTUDO	ORÇAMENTO
<p><u>FASE CONCEPTUAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escolha do tema de investigação • Construção do problema de investigação <ul style="list-style-type: none"> • Revisão da literatura • Realização do quadro conceptual • Formulação dos objectivos de investigação • Formulação das questões de investigação • Releitura da fase conceptual 	<p>Internet – 50€</p> <p>Compra de artigos e livros – 200€</p> <p>Deslocações (Bibliotecas, orientações) – 100€</p> <p>Tinteiros para impressora – 100€</p> <p>Folhas para impressão – 25€</p> <p>Capas de arquivo – 25€</p>
<p><u>FASE METODOLÓGICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização do desenho de investigação • Estruturação do instrumento de investigação • Pedido de autorização do estudo <ul style="list-style-type: none"> • Autorização do estudo • Releitura da fase metodológica <ul style="list-style-type: none"> • Entrega do projecto de investigação 	<p>Internet – 50€</p> <p>Deslocações (Orientações) – 100€</p> <p>Viagens aos Teatros de Operações – 3500€</p> <p>Folhas para impressão – 25€</p> <p>Fotocópias – 50€</p>
<p><u>FASE EMPÍRICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados • Análise de dados • Elaboração das conclusões do estudo • Releitura do trabalho final • Publicação dos resultados preliminares do estudo <ul style="list-style-type: none"> • Entrega da tese 	<p>Internet – 100€</p> <p>Deslocações – 100€</p> <p>Folhas para impressão – 25€</p> <p>Encadernações – 250€</p>
<p>TOTAL -----» 4.700€</p>	

ANEXO V

Instrumentos de Avaliação



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
XII CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
QUESTIONÁRIO



Agradecemos antes de mais a sua colaboração neste estudo.

Este questionário tem como objectivo caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco no pré deslocamento (Fase de Aprontamento ainda em Portugal), no deslocamento, em Teatro de Operações e no pós deslocamento após o regresso da missão, dos militares das Forças Nacionais Destacadas, em missão de apoio à paz no Afeganistão e no Kosovo.

A sua participação é voluntária e todas as informações registadas neste questionário são **anónimas** e **confidenciais** pelo que pedimos que não se identifique, não serão analisadas respostas individuais, apenas se destinam a ser usadas para os objectivos deste estudo. As questões de caracterização sócio demográficas serão utilizadas apenas para fins inerentes ao próprio estudo.

INSTRUÇÕES:

Este questionário é composto por trinta perguntas (30), dividido em quatro (4) partes: consumo de álcool (AUDIT e o CAGE), consumo de tabaco, stress e dados sócio demográficos.

Leia com atenção e coloque uma cruz (X) no quadrado (□) que achar correspondente com a sua situação. Nas perguntas com linha (___) coloque o número correspondente à sua situação (número de anos, idade).

Responda ao questionário de uma forma espontânea e sincera, de modo a evitar respostas enviesadas (por exemplo: respostas dadas de acordo com o que se julga socialmente desejável). Neste questionário não há respostas “certas ou erradas”.

Agradecemos que responda a todas as questões e verifique se dá apenas uma resposta para cada questão. Se tiver dúvidas na resposta, escolha aquela que considerar mais próxima da sua realidade.

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO

Investigador:

Cap. TEDT Luis Pereira

I - Questionário AUDIT

[Coloque apenas um X no número que melhor corresponde à sua situação.]

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã

para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

II - Questionário CAGE

	Questões	SIM	NÃO
C	Alguma vez sentiu necessidade de deixar (Cut) de beber?		
A	Já foi avisado (Annoyed) em relação aos seus hábitos de beber?		
G	Sente-se culpado (Guilty) por beber?		
E	Alguma vez precisou de beber pela manhã (<i>Eye-opener</i>)?		

III – QUESTIONÁRIO SOBRE O CONSUMO DE TABACO

1. O Sr. (a) fuma?

- ☐ Diariamente
☐ Ocasionalmente
☐ Não Fuma

2. Em relação às duas últimas semanas, fumou?

- ☐ Diariamente
☐ Ocasionalmente
☐ Não fumou

3. O que fuma habitualmente?

- ☐ Cigarros
☐ Cigarrilhas
☐ Só cachimbo
☐ Só charuto

4. Quantos cigarros fuma em media por dia?

___ Cigarros

5. Há quantos anos fuma?

___ Anos

6. Há dois anos fumava menos, o mesmo ou mais, que actualmente?

- ☐ Menos
☐ Mesmo
☐ Mais
☐ Não fumava

7. Já alguma vez fumou cigarros?

- ☐ Diariamente
☐ Ocasionalmente
☐ Não fumou

8. Presentemente fuma mais?

- ☐ Sim
☐ Não

9. Com que idade começou a fumar?

___ Anos

10. Há quantos anos deixou de fumar?

___ Anos

V - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1. A sua idade:

___ Anos

2. Género:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Ramo das Forças Armadas/Força de Segurança:

☐ Marinha

☐ Exército

☐ Força Aérea

☐ Guarda Nacional Republicana

4. Classe:

☐ Praça

☐ Sargento

☐ Oficial

5. Tempo de exercício profissional:

___ Anos

6. Estado Civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)

☐ Divorciado(a)

☐ União de Facto

☐ Viúvo(a)

Chegou ao fim dos questionários. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO VI

Operacionalização das variáveis

Operacionalização das variáveis relativas ao álcool

Perfil	Variável (SPSS)	Tipo	Codificação
Consumo de Álcool (AUDIT)	Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (Freq_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semana 4 = quatro ou mais vezes por semana
	Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? (Quant_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais
	Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? (BD_Padrão)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
	Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? (Stop_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
	Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido? (Taref_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
	Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca? (Ress_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
	Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? (Culp_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
	Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido? (Mem_Alcool)	Quantitativa Ordinal	0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente
	Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? (Fer_Alcool)	Qualitativa Ordinal	0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses
	Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? (Med_Alcool)	Qualitativa Ordinal	0 = não 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses
Consumo abusivo (CAGE)	Alguma vez sentiu necessidade de deixar de beber? (Nes_Alcool)	Qualitativa Nominal	1 = sim 2 = não
	Já foi avisado em relação aos seus hábitos de beber? (Hab_Alcool)	Qualitativa Nominal	1 = sim 2 = não
	Sente-se culpado por beber? (Culp_Alcool)	Qualitativa Nominal	1 = sim 2 = não
	Alguma vez precisou de beber pela manhã? (Prec_Alcool)	Qualitativa Nominal	1 = sim 2 = não

Operacionalização das variáveis relativas ao consumo de tabaco

Nome computacional da variável	Descrição da variável	Valor que a variável pode assumir	Tipo da variável
FUM P01	O Sr. (a) fuma?	1.Diariamente 2.Ocasionalmente 3.Não fuma	Quantitativa Ordinal
FUM_ULT2_SEM P02	Em relação às últimas duas semanas, fumou?	1.Diariamente 2.Ocasionalmente 3.Não fumou	Qualitativa Ordinal
FUM_OQUE P03	O que fuma habitualmente?	1.Cigarros 2. Cigarilhas 3. Só cachimbo 4.Só charutos	Qualitativa Nominal
CIGA_DIA P04	Quantos cigarros fuma em média, por dia?	Cigarros	Qualitativa Intervalar
CIGA_ANOS P05	Há quantos anos fuma?	Anos	Quantitativa Intervalar
FUM_ULT2_ANOS P06	Há dois anos, fumava menos, o mesmo ou mais, que actualmente?	1.Menos 2.Mesmo 3.Mais 4.Não fumava	Qualitativa Ordinal
FUM2 P07	Já alguma vez fumou cigarros?	1.Diariamente 2.Ocasionalmente 3.Nunca fumou	Qualitativa Ordinal
PRE_FUM P08	Quantos cigarros fumava, em média, por dia?	1.Sim 2.Não	Quantitativa Intervalar
IDD_FUM P09	Com que idade começou a fumar?	Anos	Quantitativa Intervalar
QT_ANOS_FUM P10	Há quantos anos deixou de fumar?	Anos	Quantitativa Intervalar

Operacionalização das variáveis sócio demográficas

Nome computacional da variável	Descrição da variável	Valor que a variável pode assumir	Tipo da variável
IDD S01	Idade	Anos	Quantitativa Intervalar
GEN S02	Género	1. Feminino 2. Masculino	Qualitativa Nominal
RAM S03	Ramo das Forças Armadas	1. Marinha 2. Exército 3. Força Aérea 4. GNR	Qualitativa Nominal
CLAS S04	Classe	1. Praças 2. Sargentos 3. Oficiais	Qualitativa Nominal
EXER_PROF S05	Tempo de exercício profissional	Anos	Quantitativa Intervalar
EST_CIV S06	Estado civil	1. Solteiro 2. Casado 3. Divorciado 4. União de fato 5. Viúvo	Qualitativa Nominal

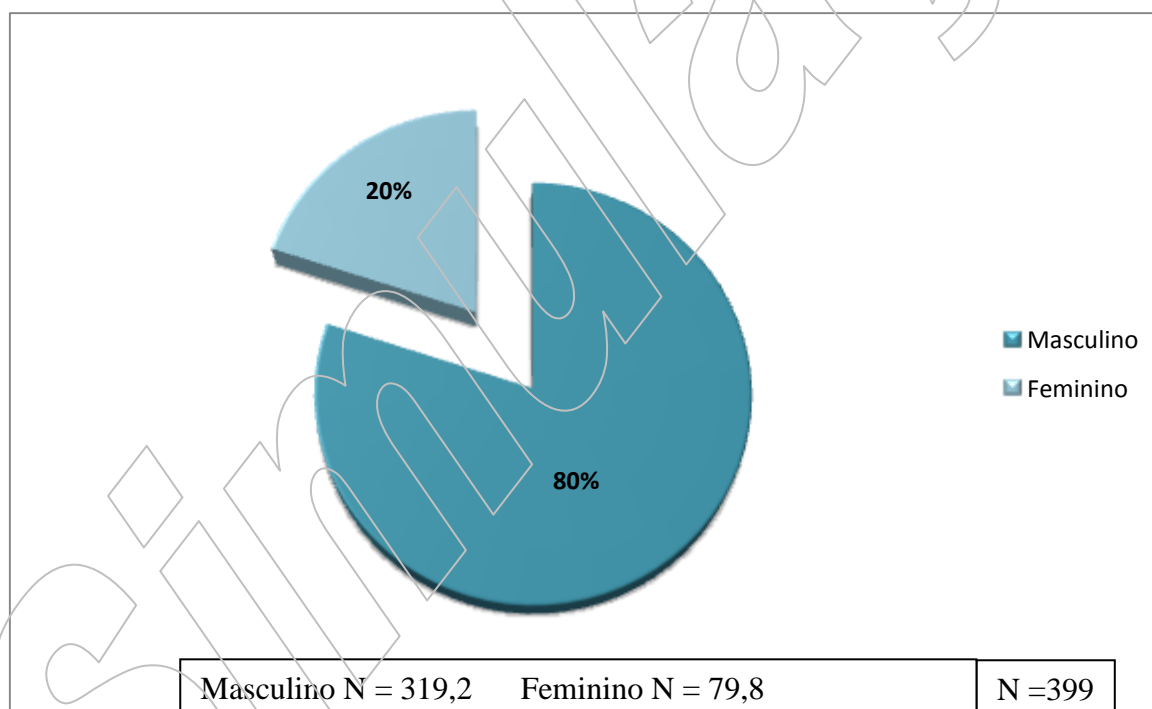
ANEXO VII

Simulação de resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

O Investigador deve fornecer suficiente informação sociodemográfica para que esteja em posição de distinguir claramente os sujeitos que participam no estudo. Para as variáveis sociodemográficas – idade, género, ramo das Forças Armadas a que pertence, classe profissional, tempo de exercício e estado civil – devem ser calculadas as frequências absolutas e relativas e apresentadas em gráficos circulares (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição numérica e percentual dos militares participantes no estudo de acordo com o género (simulação).



Para a variável idade devem ser construídas classes, tendo em conta a diversidade de valores que esta variável pode assumir, e calculadas as frequências absolutas e apresentadas num histograma (Gráfico 2). A média, moda, mediana (medidas de tendência central), desvio-padrão e amplitude (medidas de dispersão) devem ser apresentadas na Tabela 1.

Gráfico 2: Distribuição numérica dos militares no estudo de acordo com a idade (Simulação).

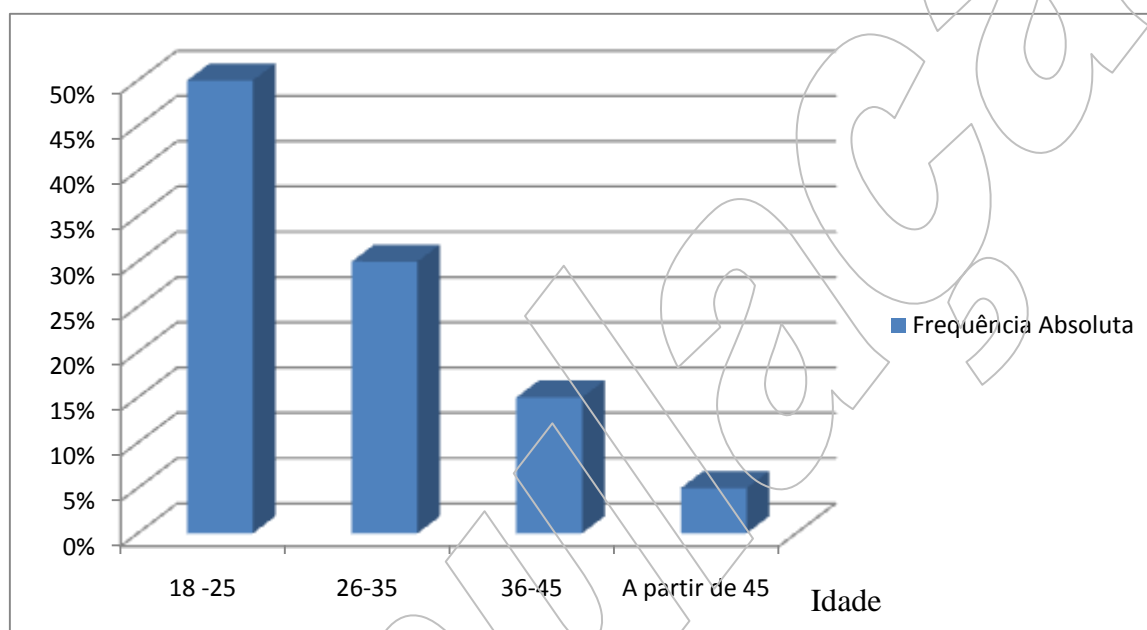


Tabela 1 : Estatística descritiva da variável – idade - dos militares participantes no estudo (simulação).

Variável	Medidas de tendência central			Medidas de dispersão	
	Média	Moda	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude
<u>Idade</u>					

Apresentação dos resultados do estudo

Fortin (2000) refere que o investigador analise o conjunto de resultados e interpreta-os segundo o tipo de estudo e o quadro de referência utilizado, tendo em conta o facto de que visa ou a descrição de um fenómeno ou a explanação e a verificação de relação entre os fenómenos, ou ainda, a verificação de hipóteses causais.

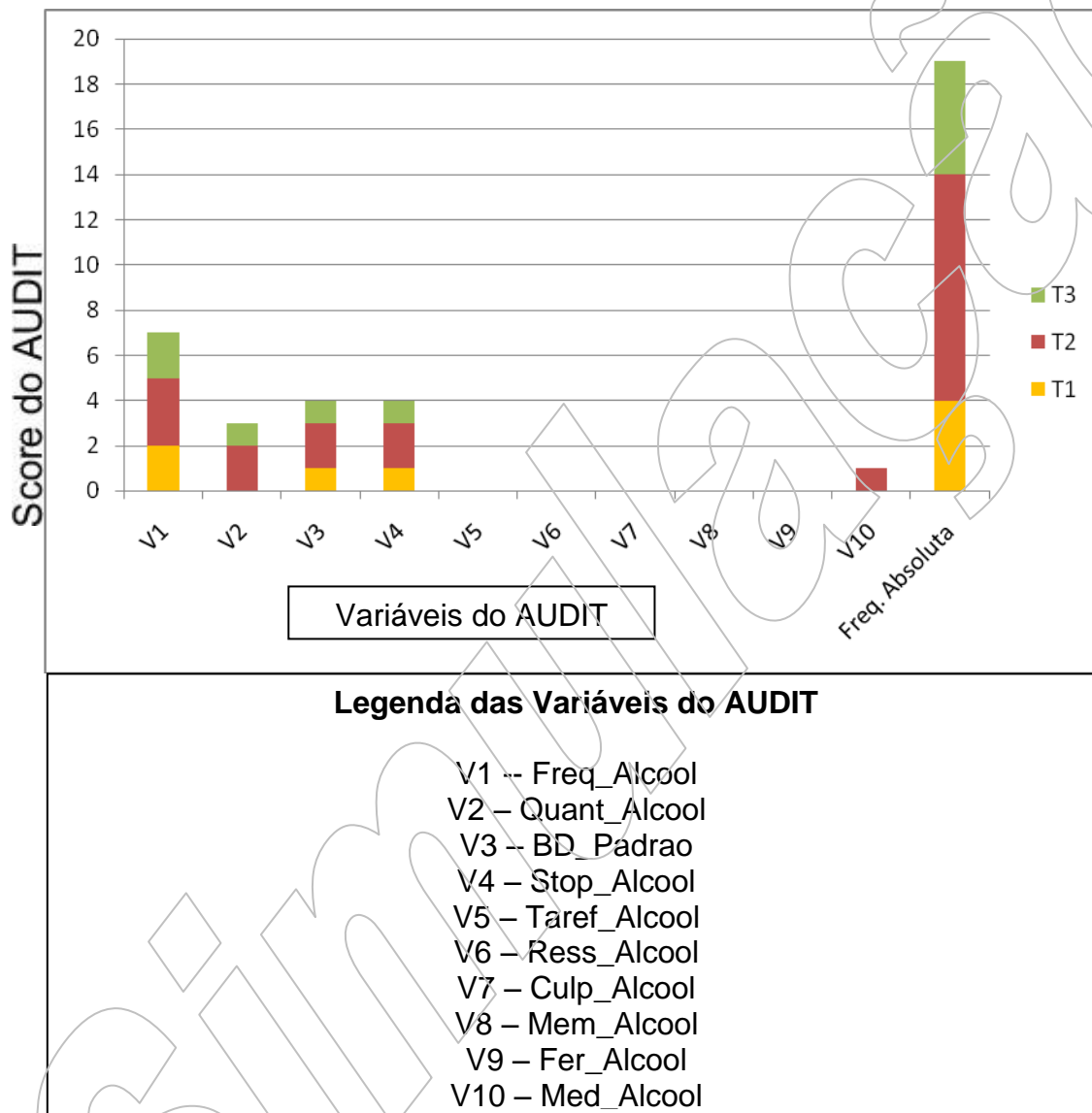
Objectivo 1: Caracterizar os padrões de consumo de álcool em T1, T2, T3.

Para a variável consumo de álcool devem ser calculadas as frequências absolutas e relativas. As frequências absolutas devem ser apresentas num gráfico de barras. A média, moda, mediana (medidas de tendência central), desvio-padrão e amplitude (medidas de dispersão) devem ser apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 : Estatística descritiva da variável – Consumo de álcool – dos militares participantes no estudo (simulação), nos 3 tempos em análise.

Variável	Medidas de tendência central			Medidas de dispersão	
	Média	Moda	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude
T1					
T2					
T3					

Gráfico 3: Distribuição numérica dos militares que consomem bebidas alcoólicas, participantes no estudo, de acordo com o questionário AUDIT (simulação).



Objectivo 2: Caracterizar os padrões de consumo de tabaco em T1,T2,T3.

Para a variável consumo de tabaco devem ser calculadas as frequências absolutas e relativas. As frequências absolutas devem ser apresentas num gráfico de barras (Gráfico 4). A média, moda, mediana (medidas de tendência central), desvio-padrão e amplitude (medidas de dispersão) devem ser apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3: Estatística descritiva da variável em estudo – Consumo de tabaco – dos militares participantes no estudo (simulação).

Variável	Medidas de tendência central			Medidas de dispersão	
	Média	Moda	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude
T1					
T2					
T3					

Gráfico 4: Distribuição numérica do consumo de tabaco, de acordo com os militares em estudo, nos momentos T1,T2 e T3 (simulação).

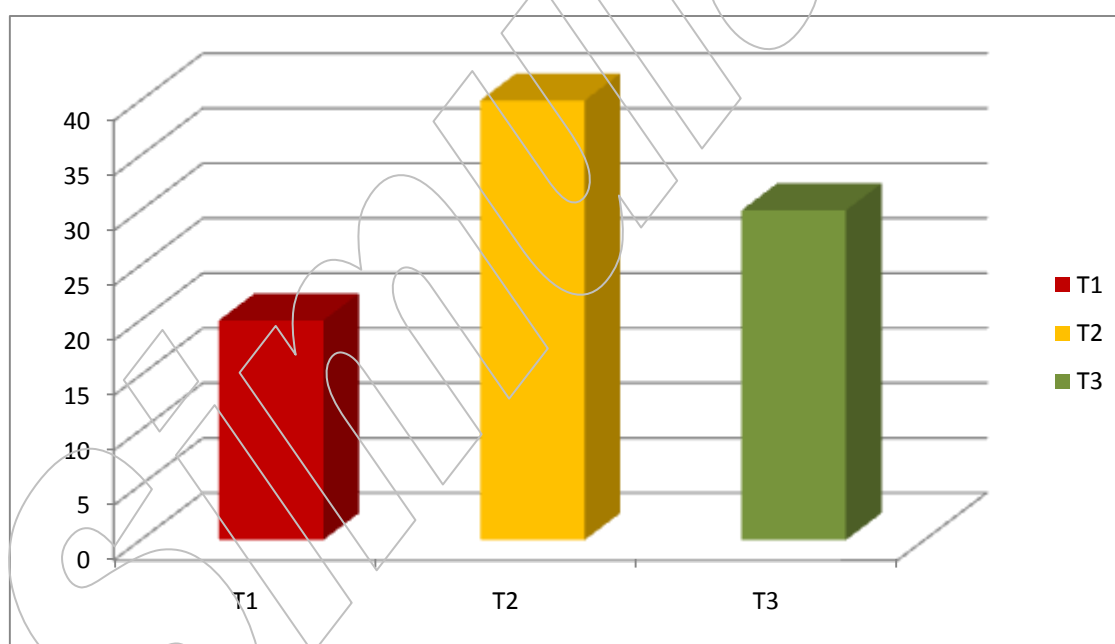


Tabela 4: Correlação entre Variáveis

Correlação entre Variáveis

		T1					T1 T2 T3										T1 T2 T3									
							AUDIT										CAGE									
		S	I	P	R	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
T1	Sexo																									
	Idade																									
	Posto																									
	Ramo																									
	Tempo Svc																									
T3	V1																									
	V2																									
	V3																									
	V4																									
	V5																									
T2	V6																									
	V7																									
	V8																									
	V9																									
	V10																									
T1	V11																									
	V12																									
	V13																									
	V14																									
	V15																									
T3	V16																									
	V17																									
	V18																									
	V19																									
	V20																									
T2	V21																									
	V22																									
	V23																									
	V24																									
	V25																									

Legenda :

Para $P < 0,05$ -----» Existe relação entre as variáveis.

Para $P > 0,05$ -----» Não existe relação entre as variáveis.

Para aferir cada uma das relações, foram utilizados os testes já referidos na metodologia.

Tabela 5: Análises emparelhadas: medições sobre as mesmas pessoas em tempos distintos.

	EMPARELHADAS	Valor P	Interpretação
Consumo de álcool	$\Delta T1 - \Delta T2$	$P < 0,01$	Existe diferença no consumo de álcool entre T1 e T2.
	$\Delta T2 - \Delta T3$	$P > 0,01$	Não existe diferença no consumo de álcool entre T2 e T3.
	$\Delta T1 - \Delta T3$	$P < 0,01$	Existe diferença no consumo de álcool entre T1 e T3.
Consumo de Tabaco	$\Delta T1 - \Delta T2$	$P < 0,01$	Existe diferença no consumo de tabaco entre T1 e T2.
	$\Delta T2 - \Delta T3$	$P > 0,01$	Não existe diferença no consumo de tabaco entre T2 e T3.
	$\Delta T1 - \Delta T3$	$P < 0,01$	Existe diferença no consumo de tabaco entre T1 e T3.

ANEXO VIII

Pedido de autorização para a realização do estudo

Exmo Sr GENERAL CHEFE DE ESTADO MAIOR DO EXÉRCITO

Assunto: Autorização para recolha de dados aos militares que vão para missão nas Forças Nacionais Destacadas – Afeganistão/Kosovo, para a realização do projecto final do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Luis Miguel Simão Pereira, Capitão TEDT, NIM 06928492, colocado na Escola do Serviço de Saúde Militar, desempenhando funções de Comandante da Companhia de Alunos; Licenciado em Ciências de Enfermagem pela Escola do Serviço de Saúde Militar e mestrando em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, vem por este meio pedir a Vossa Excelência autorização para recolha de alguns dados através da aplicação de um questionário sobre hábitos de consumo de álcool e tabaco, para a realização do projecto (equivalente à dissertação) do curso de mestrado que frequento.

O questionário em apreço, seria aplicado em duas fases (durante o aprontamento da força «FEV/MAR 2012» e no Teatro de Operações, após o quarto mês). Para o efeito seria apoiado pelo CPAE, nomeadamente por intermédio do psicólogo destinado à força.

O projecto intitula-se “Identificação dos padrões de consumo de álcool e tabaco dos militares em FND’s no Afeganistão e Kosovo” e consiste na avaliação dos padrões de consumo antes e durante a missão, bem como comparar a diferença entre esses Teatros de Operações.

Em anexo, envio uma proposta mais detalhada desse projecto de investigação, esperando que ela tenha a vossa maior atenção,

Pede deferimento,

Escola do Serviço de Saúde Militar em Lisboa, 12 de Outubro de 2010

Luis Miguel Simão Pereira
Capitão TEDT



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



ENSP, Lisboa 07 de Outubro de 2010

Exmo Sr General Chefe de Estado Maior do Exército

O Sr Capitão TEDT Luis Miguel Simão Pereira, aluno do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, finalizou a parte escolar com aproveitamento, encontra-se neste momento a iniciar o seu projecto de investigação.

O seu projecto “Identificação dos padrões de consumo de álcool e tabaco dos militares em Forças Nacionais Destacadas no Afeganistão e Kosovo” é de uma enorme relevância para a Saúde Pública e constitui uma área de investigação muito pertinente para a sociedade actual.

Sendo eu, Directora deste mestrado, gostaria de requerer a sua maior atenção para o pedido do aluno – autorização para questionar os militares que se preparam para desempenhar funções nos Teatros de Operações em apreço e durante a missão (FEV2012/JUL2012), sendo esses dados essenciais para a elaboração de um trabalho científico de qualidade e sustentado.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Carla Nunes
Directora do XII
Mestrado em Saúde Pública

ANEXO IX

Consentimento Informado



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



Projecto de Mestrado em Saúde Pública

Este estudo é elaborado no âmbito de um Projecto de Mestrado, em que se pretende caracterizar os padrões de consumo de álcool e tabaco, no pré deslocamento, deslocamento e pós deslocamento, dos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas, em missão de apoio à paz, no Teatro de Operações do Afeganistão e do Kosovo.

A participação consistirá no preenchimento de um inquérito por questionário. Todas as informações recolhidas no questionário estão asseguradas de anonimato e confidencialidade do seu conteúdo.

A sua participação neste estudo, que antecipadamente agradecemos, será estritamente voluntária.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ declaro que autorizo a recolha de alguns dos meus dados, de forma livre e esclarecida, para a realização do projecto de investigação cujos objectivos me foram explicados anteriormente.

Local e data: _____, ____ / ____ / ____

Assinatura do respondente _____

Assinatura do autor do projecto _____